

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1924

THÈSE

No

38

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert BAZELIS

Ancien Externé des Hôpitaux de Paris,  
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain,

Né à ARMENTIÈRES, le 16 Août 1897

---

Du

Traitement des Varices

et particulièrement

Des

Injections Phlébosclérosantes

---

---

*Président de Thèse : M. le Professeur SICARD*

---

---

PARIS  
ÉDITIONS RHÉA  
21, Rue Cujas

1924

38



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

38

Du

Traitement des Varices

et particulièrement

Des

Injectons Phlébosclérosantes

---

38

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1924

THÈSE

N<sup>o</sup>

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Robert BAZELIS**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,  
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain,

Né à ARMENTIÈRES, le 16 Août 1897

---

Du

**Traitement des Varices**

et particulièrement

Des

**Injectons Phlébosclérosantes**

---

---

*Président de Thèse : M. le Professeur SICARD*

---

---

PARIS  
ÉDITIONS RHÉA  
21, Rue Cujas

—  
1924

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... R. UNIV.

BIBLIOTHEEK  
LEIBEN

Professeurs :

M. G.-H. ROGER.

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Anatomie .....                                                      |  |
| Anatomie médico-chirurgicale.....                                   |  |
| Physiologie .....                                                   |  |
| Physique médicale.....                                              |  |
| Chimie organique et chimie générale.....                            |  |
| Bactériologie .....                                                 |  |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                   |  |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                          |  |
| Pathologie médicale.....                                            |  |
| Pathologie chirurgicale.....                                        |  |
| Anatomie pathologique.....                                          |  |
| Histologie .....                                                    |  |
| Pharmacologie et matière médicale.....                              |  |
| Thérapeutique .....                                                 |  |
| Hygiène .....                                                       |  |
| Médecine légale.....                                                |  |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                     |  |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                           |  |
| Clinique médicale.....                                              |  |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                     |  |
| Clinique des maladies des enfants.....                              |  |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... |  |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....                |  |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                       |  |
| Clinique des maladies contagieuses.....                             |  |
| Clinique chirurgicale .....                                         |  |
| Clinique ophtalmologique .....                                      |  |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                      |  |
| Clinique d'accouchements.....                                       |  |
| Clinique gynécologique .....                                        |  |
| Clinique chirurgicale infantile.....                                |  |
| Clinique thérapeutique .....                                        |  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             |  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                            |  |
| Clinique propédeutique.....                                         |  |

MM.  
NICOLAS.  
CUNEO.  
CH. RICHET.  
ANDRÉ BROCA.  
DESGREZ.  
BESANCON.  
BRUMPT.  
MARCEL LABBE.  
A. SICARD  
LECENE  
LETULLE.  
PRENANT.  
RICHAUD  
CARNOT.  
BERNARD.  
BALTHAZARD.  
MENETRIER.  
ROGER.  
ACHARD.  
WIDAL.  
GILBERT.  
CHAUFFARD.  
MARFAN.  
NOBECOURT.

H. CLAUDE  
JEANSELME.  
G. GUILLAIN  
TEISSIER.  
DELBET.  
LEJARS.  
HARTMANN.  
GOSSET.  
DE LAPERSONNE.  
LEGUEU.  
BRINDEAU.  
COUVELAIRE.  
JEANNIN  
J.-L. FAURE.  
AUGUSTE BROCA.  
VAQUEZ.  
SEBILLEAU.  
DUVAL  
SERGENT

## Agrégés en exercice :

|               |               |              |                  |
|---------------|---------------|--------------|------------------|
| MM.           | DESMAREST.    | LANGLOIS.    | PHILIBERT.       |
| ABRAMI.       | DUVOIR.       | LARDENNOIS.  | RATHERY.         |
| ALGLAVE.      | FISSINGER.    | LE LORIER.   | RETTERER.        |
| BASSET.       | GARNIER.      | LEMIERRE.    | RIBIERRE.        |
| BAUDOIN.      | GOUGEROT.     | LEQUEUX.     | ROUSSY.          |
| BLANCHETIERE. | GREGOIRE.     | LEREBoullet. | ROUVIERE         |
| BRANCA.       | GUENIOT.      | LERI.        | SCHWARTZ Anselme |
| CAMUS.        | GULLAIN.      | LEVY-SOLAL.  | STROHL           |
| CHAMPY.       | HEITZ-BOYER.  | MATHIEU.     | TANON.           |
| CHEVASSU.     | JOYEUX.       | METZGER.     | TERRIEN.         |
| CHIRAY.       | LABBE HENRI.  | MOCOQUOT.    | TIFFENEAU.       |
| CLERC.        | LAINEL-LAVAS- | MULON.       | VILLARET.        |
| DEBRE.        | TINE.         | OKINCZYC.    |                  |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

ET EN PARTICULIER

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE VÉNÉRÉ

LE DOCTEUR L. WARTEL

*qui, le premier, me fit découvrir la  
beauté de l'art médical et m'apprit,  
par son exemple, à s'y dévouer avec  
conscience et générosité.*

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS HONORÉ PÈRE

LE DOCTEUR A. BAZELIS

ET

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*dont l'abnégation et le dévouement  
sublime m'ont permis de poursuivre  
un noble idéal, en témoignage de  
mon affection profonde et de ma  
reconnaissance infinie.*

---

A MES FRÈRES ET SOEURS

---

A MES PARRAIN ET MARRAINE

---

A MON ONCLE

LE DOCTEUR M. HENNART

---

A MES ONCLES ET TANTES

---

## A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

### Hôpitaux de Lille :

MONSIEUR LE DOCTEUR DELASSUS,

Professeur de Clinique Chirurgicale  
à la Faculté Libre de Médecine de Lille.

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMELOT,

Professeur de Clinique Obstétricale  
à la Faculté Libre de Médecine de Lille.

### Hôpitaux de Paris :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL,

Professeur de Clinique Médicale  
à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Cochin,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Commandeur de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN,

Professeur de Clinique Chirurgicale  
à la Faculté de Médecine de Paris,  
Chirurgien de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu,  
Commandeur de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL THIÉRY,

Professeur agrégé,  
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié,  
Officier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND,

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,  
Officier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE,

Professeur de Clinique Obstétricale  
à la Faculté de Médecine de Paris,  
Chevalier de la Légion d'Honneur.

**Hôpital de Saint-Germain :**

M. LE DOCTEUR A. GRANDHOMME,  
Chirurgien,  
Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. LE DOCTEUR J.-P. LAMARE,  
Chirurgien,

M. LE DOCTEUR M. VENOT,  
Médecin,  
Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. LE DOCTEUR J. CHERECHEWSKI  
Médecin,

---

A M. LE DOCTEUR BONNETTE,  
Médecin-Major de 1<sup>re</sup> Classe,  
Officier de la Légion d'Honneur.

---

A MONSIEUR MOREAU,  
Docteur en Pharmacie,  
Chef de Laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain.

---

*en toute sympathie.*

A MONSIEUR GROULEZ,  
Directeur de l'Hôpital de Saint-Germain.

---

*en toute cordialité.*

**A MES COLLEGUES D'INTERNAT :**

DOCTEUR RAOUL TIMSIT

RENÉ YOTTE

JEAN DIAMANT

*avec qui j'ai partagé des travaux et des ris, en toute amitié.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR **J.-A. SICARD**

Professeur de Pathologie Médicale  
à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Necker,  
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*En hommage de notre gratitude pour le  
très grand honneur qu'il nous fit en  
acceptant la présidence de cette thèse,  
et en reconnaissance de la bienveillante  
sympathie qu'il nous a témoignée.*



# TABLE DES MATIÈRES

## ET

## PLAN DE CE TRAVAIL

---

|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| AVANT-PROPOS . . . . .                                                                      | 13        |
| INTRODUCTION . . . . .                                                                      | 17        |
| <b>PREMIÈRE PARTIE. — Historique du Traitement . . . . .</b>                                | <b>21</b> |
| CHAPITRE I. — Les injections intravariqueuses . . . . .                                     | 21        |
| CHAPITRE II. — Les injections périvariqueuses . . . . .                                     | 28        |
| CHAPITRE III. — Un mot des traitements chirurgicaux<br>et de la cure hydrominérale. . . . . | 34        |
| <b>DEUXIÈME PARTIE. — Étude Théorique de la<br/>    Phlébosclérose. . . . .</b>             | <b>37</b> |
| CHAPITRE I. — Ses avantages . . . . .                                                       | 43        |
| 1° Méthode ambulatoire, . . . . .                                                           | 43        |
| 2° Action sur les symptômes fonctionnels, . . . . .                                         | 44        |
| 3° Stabilité des guérisons, . . . . .                                                       | 45        |
| 4° Innocuité du traitement. . . . .                                                         | 45        |
| CHAPITRE II. — Discussion des objections : . . . . .                                        | 46        |
| 1° Toxicité des substances, . . . . .                                                       | 46        |
| 2° Migration du caillot, . . . . .                                                          | 48        |
| 3° Phlébite, . . . . .                                                                      | 50        |
| 4° Oblitérations aveugles. . . . .                                                          | 53        |

|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TROISIÈME PARTIE. — <b>Étude Clinique</b> . . . . .                                                               | 55  |
| CHAPITRE I. — Contre-indications (Observations — Figures) . . . . .                                               | 66  |
| CHAPITRE II. — Indications (Observations — Figures) . . . . .                                                     | 67  |
| CHAPITRE III. — Rôle adjuvant dans les cas de varices par troubles endocriniens (Observations — Figures). . . . . | 85  |
| QUATRIÈME PARTIE. — <b>Étude Thérapeutique</b> . . . . .                                                          | 94  |
| CHAPITRE I. — Propriétés, posologie et préparation des substances phlébosclérogènes : . . . . .                   | 94  |
| a) Carbonate de soude, . . . . .                                                                                  | 94  |
| b) Salicylate de soude, . . . . .                                                                                 | 98  |
| c) Bliodure de mercure, . . . . .                                                                                 | 101 |
| d) Chlorhydrate neutre de quinine . . . . .                                                                       | 102 |
| CHAPITRE II. — Instrumentation. . . . .                                                                           | 104 |
| CHAPITRE III. — Technique opératoire : . . . . .                                                                  | 106 |
| 1° Précautions, . . . . .                                                                                         | 106 |
| 2° Positions . . . . .                                                                                            | 108 |
| CINQUIÈME PARTIE. — <b>Résultats de la Phlébosclérose</b> . . . . .                                               | 111 |
| CHAPITRE I. — Résultats cliniques : . . . . .                                                                     | 111 |
| 1° Phénomènes généraux, . . . . .                                                                                 | 112 |
| 2° Phénomènes locaux . . . . .                                                                                    | 118 |
| CHAPITRE II. — Résultats anatomo-histologiques : . . . . .                                                        | 122 |
| 1° Mécanisme de la sténose, . . . . .                                                                             | 122 |
| 2° Examen macroscopique du vaisseau. . . . .                                                                      | 123 |
| 3° Examen histologique du vaisseau. . . . .                                                                       | 123 |
| TABLEAU SYNOPTIQUE des ETATS VARIQUEUX. . . . .                                                                   | 128 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                                             | 130 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                                                           | 132 |

## Avant-Propos

---

Qu'il me soit permis d'exprimer tout d'abord, à cette première page, en quelques mots qui serviront de présentation à mon modeste travail, l'hommage profondément respectueux d'un disciple à ses Maîtres, et le témoignage ému de sa reconnaissance envers ceux qui, à des titres divers, lui favorisèrent les moyens d'entreprendre, de poursuivre et d'achever cette étude sur « LE TRAITEMENT DES VARICES et particulièrement DES INJECTIONS PHLEBOSCLÉROSANTES ».

Elle est bien belle et bien exaltante, cette ambition qui pousse l'Étudiant, au sortir de ses « Humanités », à choisir, entre toutes, la carrière où il pourra, en une lutte constante et passionnée, combattre, chez autrui, la misère physique et morale, l'atténuer en en pénétrant les causes, la vaincre en en découvrant le remède.

Elle est d'une nature bien haute, la fierté de celui

qui, à l'issue de ses « années d'amphithéâtre », espère, par les mérites d'une humble thèse, pourtant *jugée digne*, obtenir le droit de continuer; au chevet des malades, sous sa propre responsabilité, une vie de recherches et de dévouement, pour laquelle son cerveau et son cœur lui disent qu'il était né.

Mais cette fierté, cette ambition d'un homme qui peut être docteur demain, perdraient beaucoup de ce qui les fait louables si, à l'heure de la suprême épreuve qui doit les légitimer, elles ne s'accompagnaient d'un sentiment de gratitude infinie, retourné vers ceux qui formèrent, qui dirigèrent l'élève, depuis ses premiers pas jusqu'à la remise de son « parchemin ».

Ce sentiment ne saurait être passé sous silence, et c'est pour moi, ici, un devoir bien doux que de le proclamer très haut.

Achevées mes trois années d'Internat, qui ont fui si rapidement, à l'Hôpital de Saint-Germain, — cette maison, qui m'est chère et dont je m'éloigne avec regret, — évoquant avec émotion cette période où je recueillis de si précieux enseignements, me remémorant les circonstances qui m'amènèrent à m'intéresser tout particulièrement au traitement des varices, je veux me souvenir que je fus encouragé dans cette orientation, je puis dire dans cette préférence, par les conseils décisifs de mon chef de service, M. le Docteur LAMARE.

C'est lui qui fixa en moi un choix d'abord hésitant, qui, par ses commentaires si abondants en perspectives nouvelles, m'incita à m'avancer dans ce champ spécial des recherches thérapeutiques et à en découvrir toute l'étendue.

A cette école, je compris qu'il y avait là un domaine dont l'exploration pouvait être féconde en bienfaits et que le lamentable destin des variqueux était de ceux qui sollicitent, de la médecine moderne, les plus urgentes atténuations.

M. le Professeur SICARD ne se refusera pas, également, à trouver en ces lignes les remerciements de celui qui l'écouta le conseiller, le reprendre dans ses erreurs, lui prodiguer, avec une générosité inépuisable, le secours de sa haute expérience.

Comment n'eussé-je pris goût à une étude parfois si déconcertante en sa variété même, si je n'avais eu le soutien de cette forte parole maîtresse, sans préjudice de la riche moisson de documents que M. le Professeur SICARD voulut bien mettre à ma disposition, avec une bonne grâce dont je reste, qu'il le sache bien, on ne peut plus honoré et touché !

Je me ferais scrupule de ne pas dire hautement ce que je dois à mes Maîtres de l'Hôpital de Saint-Germain.

MM. les Docteurs GRANDHOMME, VENOT, CHERECHEWSKI ne s'étonneront pas de me voir tracer leurs noms sur cette feuille où j'ai seulement le regret de devoir condenser, sous une forme brève, des témoignages de reconnaissance, auxquels, si je n'écoutais que les sincères mouvements de ma pensée, je donnerais de bien plus longs développements.

Il faudrait pouvoir dire tout au long ce que furent, près de ces Maîtres, l'acquisition quotidienne, l'enrichissement des connaissances, la claire coordination

de tout ce qu'un enseignement pratique de la plus grande valeur pouvait verser en le disciple attentif que j'e voulais être, et jour par jour, y accumuler.

C'est assurément mal traduire, en termes si concis, toutes les obligations que j'ai envers ces Maîtres, mais j'e sais bien qu'ils n'ont pas attendu la publication de cette thèse pour savoir que je ne suis pas un ingrat et que je ne les remercie pas pour la dernière fois.

M. MOREAU, Chef de Laboratoire, ne sera pas surpris, lui non plus, de s'entendre dire merci, un merci bien cordial, au souvenir du soin aussi diligent que méticuleux avec lequel il prépara les ampoules qui servaient à nos injections. C'est là une opération délicate, et nul ne semblait, mieux que lui, désigné à la bien conduire.

Parlant ainsi, je me fais près de lui, et par ricochet, l'interprète de nombreux malades qui doivent, à son talent, l'amélioration de leurs infirmités, et, dans des cas très fréquents, leur guérison totale.

Nous gardons l'espoir que notre entreprise n'a pas été entièrement vaine et que l'on acceptera de reconnaître quelque intérêt à ce travail, bien qu'au moment où je vais le déposer sur la table de mes Maîtres, j'e sois tenté de redire, tout bas, pour moi-même, l'inquiète parole d'OVIDE :

*Quon relego, scripsisse pudet, quia plurima cerno,  
« Me quoque, qui feci, iudice, digna lini ».* (1)

---

(1) Quand je me relis, j'ai un peu honte d'avoir écrit, car, en réfléchissant bien, j'y vois beaucoup de choses qui mériteraient d'être effacées.

## Introduction

---

Quand nous commençâmes notre temps d'Internat à l'Hôpital de Saint-Germain, nous fûmes frappé du grand nombre d'ulcéreux et de variqueux qui se trouvaient dans les différents services de Chirurgie et de Médecine, ainsi que dans les salles réservées aux vieillards.

On voyait entrer continuellement, à la salle de pansements, des variqueux dans un état pitoyable, venant tant du dehors que des divers pavillons de l'Hôpital.

Ils se présentaient, presque impotents, avec des jambes œdématisées, couvertes de volumineuses varices ampullaires, offrant à la vue de larges ulcères variqueux, étendus, calleux, parfois circulaires, des plaques d'eczémas suintants ou croûteux, de la lymphangite, de l'exagération marquée de la sécrétion sudorale, en proie parfois à des ruptures *en coup de*

*fouet* et à des hémorragies mortelles, et sollicitaient avec instance la guérison de leurs varices et de leurs ulcères, cause de leur immobilisation et de leur inutilité sociale.

Nous ne restâmes pas insensible au sort de ces malheureux qui ne demandaient qu'à reprendre leur vie normale et à quitter l'Hôpital, où certains revenaient pour la cinquième fois.

Nous comprîmes qu'il y avait là une œuvre humanitaire à poursuivre et qu'il fallait rendre à la société et à leur labour, ces êtres aux « jambes lourdes », qui traînaient péniblement leur infirmité, comme le forçat tire sa chaîne. C'est pourquoi nous nous y sommes intéressé tout particulièrement.

Après avoir essayé la multitude des baumes, emplâtres, pommades, poudres, cirés à base de métaux colloïdaux, en usage jusqu'alors, nous fîmes, dans les cas d'ulcères variqueux étendus, des incisions circulaires ayant pour but de sectionner les filets sympathiques qui accompagnent le nerf saphène interne, ainsi que toutes les veines superficielles se trouvant entre la peau et l'aponévrose jambière.

Mais, avant de nous décider à prendre le bistouri pour l'incision circulaire, nous traitions préalablement les ulcéreux par la méthode de SICARD — que nous tentâmes prudemment au début — car il était de notre devoir de pratiquer chez nos nombreux variqueux les injections de carbonate de soude qui avaient déjà fait leurs preuves entre les mains de M. le Professeur SICARD et de ses élèves. Dès les premières séances,

nous nous sommes rendu compte des excellents effets qu'elles produisaient.

Nous aurions pu déjà, depuis notre entrée en fonctions dans l'Hôpital de Saint-Germain, publier les bons résultats que nous en obtenions. C'est par ce moyen que nous avons évité bien des interventions d'incisions circulaires qui immobilisaient nos malades au moins trois semaines, ce qui était souvent gênant pour leur leur train de vie.

Les malades eux-mêmes en étaient surpris et demandaient qu'on réitérât plus souvent les piqûres qu'il faut parfois espacer davantage.

Les bas à varices, les bandes VELPEAU ne les satisfaisaient point, et ils aspiraient à la disparition de leurs dilatations veineuses, ou tout au moins à l'atténuation des symptômes fonctionnels qui accompagnent si désagréablement ces dernières.

C'est pourquoi nous entreprîmes de scléroser toutes les varices, au moyen de substances phlébosclérogènes. Ce traitement, dont il fut beaucoup question il y a trois ans, a acquis maintenant droit de cité. Il ne paraît pas, malheureusement, avoir encore pénétré la grande masse des praticiens.

Tout médecin peut et doit désormais traiter efficacement les varices et leurs complications, qu'il rencontre avec une fréquence considérable autour de lui.

Un exemple frappant vient de nous être fourni récemment par un confrère de province (Saint-Dié), qui, depuis trois ans, a soigné environ 800 malades par les injections intravariqueuses. Ce médecin, exerçant

depuis vingt ans, fut extrêmement étonné du grand nombre de porteurs de varices qui se sont révélés à lui, du jour où l'on sut, dans la région, qu'il s'adonnait au traitement de cette affection.

Avant d'entrer dans le corps du sujet, nous donnerons un aperçu des constatations les plus importantes que nous fîmes :

1° Dès les premières injections, atténuation des signes fonctionnels. Le soulagement ainsi obtenu est manifesté spontanément par les malades qui en expriment leur contentement ;

2° Disparition progressive des varices et de leurs complications existantes ou menaçantes, d'où possibilité, pour nos malades guéris ou améliorés, de poursuivre leurs occupations ou de les reprendre, s'ils avaient dû les abandonner ;

3° Facilité du traitement qui n'exige par lui-même aucune modification au train de vie habituel, ce qui est très apprécié des malades.

---

## PREMIERE PARTIE

---

# Historique du Traitement

---

## CHAPITRE PREMIER

### **Les injections intravariqueuses**

Nous insisterons quelque peu sur l'Histoire de la question et nous prions nos Juges de nous en excuser.

Nous désirons montrer, en effet, que depuis longtemps déjà, la guérison des varices et de leurs redoutables complications est entrée dans les vues des Médecins et des Chirurgiens, par l'atteinte directe de ces vaisseaux au moyen de substances à propriétés, irritante pour les parois veineuses, et coagulante pour le sang.

La pratique ancienne de ces injections sera un petit argument en notre faveur contre les nombreuses objections que n'a pas manqué de soulever notre méthode.

Nous n'exposerons pas, dans ce travail, des découvertes, ni des idées nouvelles, mais l'application, aux varices, d'un procédé essayé depuis longtemps, modifié, repris et enfin abandonné.

Seules, les substances phlébosclérosantes ont changé, et aussi, l'instrumentation et la stérilisation qui sont, avec la technique opératoire bien suivie, de grands facteurs de succès. Nos prédécesseurs en la matière, avaient eu, en effet, souvent à déplorer des phlébites purulentes par défaut d'asepsie.

Sans remonter aux travaux d'HIPPOCRATE et de CELSE sur les varices, on constate que depuis toujours elles furent l'objet d'études et de recherches de la part des anciens auteurs.

VELPEAU, MALGAIGNE, HUGUIER, VERNEUIL, BONNET (de Lyon), laissèrent leurs noms attachés à cette affection, qu'ils étudièrent et décrivirent avec beaucoup de compétence.

Mais le traitement n'eut réellement d'efficacité qu'à partir de la découverte de la seringue de PRAVAZ.

Dès son invention, en 1851, ce dernier l'emploie pour tenter l'oblitération et, par conséquent, la guérison relative des tumeurs anévrismales. Il se sert d'une solution de perchlorure de fer.

Des anévrismes artériels aux ectasies veineuses, il n'y avait qu'un pas à franchir, aussi, la même année, l'école lyonnaise, DESGRANGES, VALETTE, BARRIER et

PETREQUIN, appliquent l'idée de PRAVAZ au traitement des varices, qu'ils trouvent nombreuses autour d'eux.

Ils injectent quelques gouttes d'une solution de *perchlorure de fer* marquant 30° Baumé. La coagulation commence au bout de 30 secondes ; le caillot est constant, durcit dans les jours qui suivent l'injection, et persiste fort longtemps.

Ils compriment la veine pendant une minute, en aval de l'injection, pour localiser l'action du perchlorure de fer et l'empêcher d'aller produire des caillots ailleurs qui pourraient devenir des « embolies mortelles ».

En 1853, CHAISSAIGNAC emploie le même produit à l'Hôpital Saint-Antoine, de Paris. Il obtient de bons résultats, mais l'inflammation veineuse est telle qu'on abandonne bientôt cette substance. Des escarres sont fréquentes. Des phlébites septiques et aseptiques se produisent facilement ; parfois, « de petites élévations fluctuantes de la grosseur d'un poids, de couleur noirâtre, apparaissent et laissent écouler, par une incision à la lancette, une goutte sanieuse formée par des globules sanguins altérés et des masses d'oxyde de fer. »

Des cas de morts sont signalés par suite de phlébites septiques ou de phlegmons avec septicémie.

Quelques années après, cependant, BROCA écrivait : « Aucune autre méthode connue ne peut se flatter de donner des guérisons plus durables, et quand la récurrence se produit, ce n'est pas parce que les veines oblitérées redeviennent perméables, mais parce que d'autres veines se dilatent à leur tour. Les injections coagulantes remplissent, sans le moindre danger, les

mêmes indications que la cautérisation, l'extirpation et les divers procédés de ligature. *Je suis convaincu, pour ma part, que les chirurgiens ne tarderont pas à donner la préférence aux injections coagulantes sur toutes les autres méthodes dans le traitement des varices.* »

WEINLEHNER, qui reprit le perchlorure de fer, en 1884, eut également des accidents mortels, et ce fut le coup fatal pour cette solution.

Mais si la substance laissait à désirer, la méthode n'en était pas moins bonne et les accidents observés par les chirurgiens et les médecins ne les empêchaient pas de l'appliquer en essayant d'autres produits.

Au début de l'emploi du perchlorure de fer, en 1854, à Lyon, SOUQUET, Professeur de Matière Médicale et Pharmaceutique, trouvait, avec le pharmacien GUILLERMOND, connu pour son procédé de dosage de l'opium, la *liqueur iodotannique*.

Aussitôt, DESGRANGES et BARRIER, qui redoutaient la trop grande action du perchlorure de fer, s'emparèrent de cette liqueur pour la guérison des varices. Seize observations, tirées de la pratique de DESGRANGES, sont bientôt publiées, dans lesquelles autant de malades avaient été guéris sans accidents.

La *liqueur iodotannique* coagule l'albumine. Verse-t-on, dit DESGRANGES, 30 gouttes de solution iodotannique normale, sur 45 grammes de sang environ, immédiatement le liquide se prend en un magma crémeux, très homogène, d'un rouge assez vif, et dont la consistance, quoique grande, n'est pas telle néanmoins

qu'une tige de verre puisse y rester debout. Ce qui aurait eu lieu avec la même quantité de perchlorure de fer à 30° Baumé.

Le caillot iodotannique présente deux autres propriétés remarquables :

1° Il est insoluble dans l'eau bouillante. Le caillot produit par le perchlorure de fer, au contraire, est très soluble dans les mêmes conditions ;

2° Il est soluble dans l'acide chlorhydrique, dans la potasse et la soude. Le sel de fer, au contraire, perd en majeure partie, sinon totalement, sa solubilité dans un milieu mobile alcalin.

Voici la formule de la préparation de la liqueur iodotannique, alors injectée dans les varices :

Iode ..... 5 grammes.

Tanin ..... 45 grammes.

Triturer à froid dans un mortier, jusqu'à mélange complet ; ajouter par petites fractions :

Eau froide..... 500 grammes.

Filtrer et faire évaporer au bain-marie pour obtenir 100 grammes de liqueur, représentant :

Iode ..... 5 grammes.

Tanin ..... 45 grammes.

Eau ..... 50 grammes.

On utilisait, dans la liqueur iodotannique, les propriétés antiseptiques de l'iode et astringentes du tanin.

Avec cette méthode, le malade est mis au lit douze jours. Douze heures après l'injection, surviennent des

phénomènes de phlébite : douleur plus vive ; puis, le lendemain : rougeur, chaleur, tuméfaction, s'accompagnant parfois de phénomènes généraux peu graves, qui durent trois ou quatre jours.

Après 24 heures, on perçoit, le long de la varice injectée, un caillot dur, apparent, malgré l'engorgement périphérique des tissus voisins, engorgement d'ailleurs toujours modéré.

Si la veine n'est pas trop flexueuse, le caillot s'étend rapidement et peut présenter, à ce moment, 15 à 20 centimètres de long. Si elle est très sinueuse, repliée sur elle-même, le caillot reste globuleux, olivâtre.

La tuméfaction produite par le caillot reste longtemps stationnaire et plusieurs mois doivent s'écouler avant qu'elle ait complètement disparu.

Parfois, des récidives survenaient et le caillot disparaissait. Cela ne nous surprend pas, car l'on sait, — et l'on savait déjà alors, — que le caillot obtenu par ce procédé est très soluble dans les solutions alcalines et qu'il est probablement dissous dans le sang, s'il n'est pas suffisamment dur et adhérent.

En 1881, LEGENDRE reprend la méthode en changeant légèrement la formule :

|             |                |
|-------------|----------------|
| Iode .....  | 5 grammes.     |
| Tanin ..... | 45 grammes.    |
| Eau .....   | 1.000 grammes. |

Il en injecte 7 à 8 gouttes.

Ses résultats sont ceux de ses prédécesseurs : phlébite avec phénomènes généraux plus marqués, caillot, récidives parfois, et toujours immobilisation du malade.

Le *chloral* est employé, en 1860, par NEGRETTI et BOTTINI, mais dans un nombre de cas, trop restreint, pour qu'il leur soit possible d'en tirer une conclusion. Le choral est d'ailleurs un médicament difficilement maniable. On a cherché à l'administrer en injections veineuses, dans le but d'obtenir l'anesthésie générale. L'expérience a montré qu'il a une action irritante telle, sur les tissus, que le premier contact de la substance sur l'endoveine peut être suivi d'une syncope brusque et irrémédiable.

WOOD se servit du *persulfate de fer* et obtint seulement trois guérisons sur onze cas.

---

## CHAPITRE II

### Les injections périvariqueuses

Entre temps, en janvier 1876, VIDAL, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, se servit d'ergotine, ou plutôt d'*extrait d'ergot de seigle*, — dont on commençait à connaître les propriétés vaso-constrictives, — pour guérir un prolapsus rectal datant de 8 ans. Il fit une injection à 4 centimètres de la marge de l'anüs, l'aiguille tournée vers le sphincter et l'atteignant par sa pointe.

FERRAND et GUYON obtinrent de bons résultats par la même méthode.

L'ergotine, employée contre les hémorroïdes, ne devait pas tarder à être appliquée au traitement des varices des membres inférieurs.

En effet, GUYON, RUGE et MARTIN-VOGT l'adoptèrent. L'action de l'extrait d'ergot de seigle est très vaso-constrictive. C'est par le ténésme rectal et vésical,

après une injection d'ergotine, que VIDAL eut l'idée de l'utiliser localement. Mais cette action vaso-motrice n'est pas durable et les insuccès essayés, surtout dans la cure des varices des membres inférieurs, firent abandonner assez vite ce produit.

En 1878, ENGLISH, Médecin de Vienne, eut, le premier, l'idée de provoquer l'inflammation de la veine et son oblitération, en injectant dans le tissu cellulaire, environnant un liquide irritant.

L'inflammation du tissu cellulaire provoqua, en effet, la coagulation du sang à l'intérieur des dilatations veineuses par la propagation du travail inflammatoire aux tuniques mêmes, réalisant ainsi les conditions que RICHEL a indiquées comme nécessaires pour la formation d'un caillot : 1° Irrégularité des parois du vaisseau par inflammation subaiguë ; 2° Ralentissement du cours du sang.

ENGLISH publia ses premiers résultats et sa méthode dans le *Wiener Medizinische Wochenschrift*.

Marc SÉE, trouvant quelque temps après, dans ce journal, la découverte du procédé employé pour traiter les varices, eut l'occasion de soigner une femme atteinte d'ulcère variqueux par cette méthode et eut un succès complet.

A la suite de trois injections d'alcool, peu douloureuses, faites autour de la saphène interne, il obtint, sans réaction générale, l'oblitération des varices et la rapide cicatrisation de l'ulcère qui n'avait jamais été complètement fermé depuis 12 ans.

Marc SÉE parla de sa découverte et de son succès, et

BROCA fit, à l'Hôpital Necker, cinq ou six essais qui confirmèrent pleinement les résultats obtenus par Marc SÉE.

Dans la suite, BROCA étendit le procédé au traitement des varicocèles et des hémorroïdes, pour lequel il obtint de bons résultats, car on n'opérait alors ces affections que rarement et à regret, faute d'asepsie.

C'est donc l'alcool qu'on employa pour les injections périvariqueuses.

LUTON, quelques années auparavant, en 1873, écrivait : « L'alcool, injecté sous la peau à différents degrés de concentration et particulièrement au titre de 50°, est un bon fluxionnant ; son contact n'est pas très douloureux et dans les conditions mentionnées il ne provoque ni abcès, ni escarre ».

Cependant, l'alcool n'est pas toujours inoffensif et il produit des escarres difficiles à guérir, rapportées dans les thèses que nous avons consultées à ce sujet.

ENGLISH employait « *une solution d'alcool à 5 %* ». Il injectait une petite-quantité du liquide sur la face profonde de la veine, en commençant par la racine de la varice, c'est-à-dire à l'endroit où, de superficielle, elle devenait profonde. Il faisait plusieurs injections en une même séance, sur le même tronc variqueux et descendait vers son extrémité distale.

La veine, après 24 heures, diminuait de volume et, à sa place, on trouvait un petit sillon qui persistait jusqu'à ce qu'elle fût réduite à l'état d'un cordon solide.

ENGLISH n'a pas obtenu la guérison définitive de tou-

tes les phlébeclasies ; mais cela tient, dit-il, à la maladie et non à la méthode.

BROCA apporte quelques modifications au procédé ci-dessus. Il injecte « 40 à 50 cgr. », autrement dit 25 gouttes d'alcool à 30° Baumé. Les injections donnent de meilleurs résultats, quand elles sont faites au niveau des plexus veineux.

Chez quelques malades, BROCA voit des récides apparaître après quelques jours, par irritation insuffisante des parois vasculaires et par disparition du caillot qui s'était formé. De plus, on observe des abcès et des phlémons périveineux et des escarres très douloureuses.

BROCA employa aussi une solution de *perchlorure de fer* pour les injections périvariqueuses, mais à la dose d'une goutte 1/2, au maximum, au même endroit. Il eut également des accidents, comme avec l'alcool : périphlébites, parfois purulentes, récides, escarres.

A. PUPI se servit du *chloral* en injections sous-cutanées et publia quelques bons résultats de cette méthode.

On préférerait, à cette époque, les injections périveineuses aux intraveineuses, « parce qu'elles ne provoquaient pas une phlébite aussi intense, pas de réaction inflammatoire, et étaient d'un maniement beaucoup plus facile et moins dangereux : »

Mais voici, en 1880, la mise au point véritable de ces injections par CHABERT, dans sa thèse : « Nous ne disons pas, avec DESGRANGES, que l'injection de perchlorure de fer dans les veines soit une opération complètement innocente. Elle provoque toujours une phlébite

intense, accompagnée d'une réaction assez vive. Elle expose à des abcès et à des escarres. »

Au cours des années suivantes, on revint aux injections intraveineuses, et DELORE, au *Congrès de Chirurgie de Lyon*, en 1894, se porta défenseur de la méthode et de l'emploi de la liqueur iodotannique coagulante et sclérosante. Il montra que son efficacité ne résidait pas tant dans la coagulation locale du sang que dans l'endophlébite chimique suivie d'épaississement et de renforcement des parois.

En 1904, TAVEL (de Berne) délaisse la liqueur iodotannique et préconise l'*acide phénique* en solution à 5 %, dont il injecte quelques cc. Mais son procédé est déjà une petite intervention chirurgicale.

TAVEL, en effet, pratique, avant l'injection, la ligature de la saphène en aval. La solution est donc poussée contre le courant veineux.

En 1908, l'iode est utilisée par SCHIASSI (de Bologne), sous la forme de *solution iodo-iodurée* :

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| Iode .....               | 1 gr.    |
| Iodure de potassium..... | 1 gr. 60 |
| Eau .....                | 100 gr.  |

Il fait une incision de la peau de 5 cm. au-dessus ou au-dessous du genou, isole la veine, la sectionne et injecte par le bout distal, contre le courant veineux, 30 à 50 cc. de sa solution, après avoir lié sur la veine la canule, au moyen de laquelle il pousse son injection. Un catgut est ensuite placé au-dessous de l'extrémité de la canule de verre, et il résèque le petit tronçon veineux

qui reste au-dessus de cette ligature. Il referme ensuite la plaie cutanée par deux ou trois points de suture.

SCHIASSI évite ainsi le danger d'embolie qu'on reproche toujours si amèrement aux injections intravariqueuses.

Deux ou trois heures après la piqûre, le malade présente une légère élévation de la température ( $38^{\circ}$ - $38^{\circ}5$ ), qui dure seulement quelques heures.

Pour atténuer la douleur produite par le contact de l'endoveine et de la solution, on peut injecter, au préalable, 0 gr. 25 % de novocaïne.

SCHIASSI obtient ainsi de bons résultats. Mais, en général, ces différentes injections n'avaient pas, jusqu'ici, satisfait les thérapeutes, et c'est à la chirurgie que les variqueux et ulcéreux demandaient avec supplication leur guérison définitive. Les stations hydro-minérales prenaient également une grande place dans la thérapeutique des états variqueux.

---

### CHAPITRE III

#### **Un mot des traitements chirurgicaux et de la cure hydrominérale**

L'art chirurgical venait, en effet, de se révéler brillamment, par les opérations difficiles et patientes de M. le Professeur ALGLAVE (*saphénectomie totale*, janvier 1902), de M. le Professeur P. DELBET (*anastomose saphéno-fémorale*, 1906), de SCHWARTZ, etc...

La crainte de l'opération et de l'anesthésie — aussi parfaites que celles-ci puissent être — dirigeait ces malades vers les stations hydrominérales de Luxeuil, Salies-de-Béarn, et en premier lieu, de Bagnoles-de-l'Orne, qui devenaient les refuges de ces malheureux aux « jambes pesantes ».

Ces villes d'eaux convenaient très bien aux personnes fortunées et disposant de leur temps. Elles en

révenaient enchantées, retonifiées, les jambes légères  
« prêtes à y retourner l'année prochaine !... »

C'est, qu'en réalité, au bout de quelques mois, cette tonicité vasculaire diminuait, les fibres élastiques et musculaires des parois veineuses se relâchaient et il fallait aller se retremper aux sources ombragées de Bagnoles.

Les pauvres malades qui ne pouvaient se rendre aux stations hydrominérales, ou qui étaient trop éloignés des centres chirurgicaux pour en connaître les progrès, se voyaient abandonnés à leur triste destinée, avec leurs bas à varices, élastiques ou lacés, et leurs bandes Velpeau.

Les injections intravariqueuses, qui auraient pu se propager dans les plus petites bourgades, étaient tombées dans l'oubli après les échecs et les accidents constatés au siècle dernier.

Quelles étaient les véritables causes de cet oubli ?

D'une part, les médecins du XIX<sup>e</sup> siècle, peu familiarisés avec la technique des injections intraveineuses, commettaient de nombreuses erreurs d'aiguillage, favorisant ainsi la production d'escarres locales plus ou moins douloureuses.

D'autre part, les liquides irritants en usage avaient non seulement une causticité trop puissante, mais encore une toxicité propre qui en rendait l'emploi redoutable.

Il fallait donc leur substituer un agent chimique, non toxique, non embolisant, d'un maniement facile, et, si

possible, améliorant l'état général dont dépend souvent la formation des varices.

C'est ce qui fit l'objet de la découverte de notre éminent Maître, M. SICARD, qui, par sa perspicacité, sut donner à sa méthode l'ampleur qu'elle méritait.

---

## DEUXIÈME PARTIE

---

### Étude théorique de la Phlébosclérose

---

En 1916-1917, alors que M. SICARD faisait de très nombreuses injections intraveineuses de luargol à des syphilitiques, son attention fut attirée par l'oblitération et puis la sténose définitive, dont étaient le siège les veines du pli du coude.

*Cette sténose s'établissait sans douleurs, sans œdème, sans gêne motrice, sans troubles trophiques, sans la moindre apparence de réaction phlébitique.* Elle était telle, qu'après 4 ou 5 injections dans les veines du pli du coude, celles-ci se rétractaient sous forme de cordons durs, roulant sous le doigt, à un tel point qu'il devenait tout à fait impossible de les utiliser à nouveau.

Jamais il ne fut observé de processus migrateur, donc, jamais d'embolie. —

Il fut reconnu que les produits novarsenicaux, et en particulier le luargol, doivent leurs propriétés oblitérantes, non à l'arsenic ou à l'argent qu'ils renferment, mais bien à la soude libre qui leur donne une réaction fortement alcaline, et une action irritante pour l'endoveine.

Cette phlébosclérose, fâcheuse quand elle survenait au cours d'un traitement antisypilitique, fut très heureusement exploitée par M. SICARD, dans la cure des varices.

En mars 1918, il mit à exécution son projet de guérir les varices par leur constriction au moyen de sels alcalins. Ce n'est qu'en janvier 1920 qu'il publia quelques cas de guérison, car « ses tentatives médicales ne l'avaient pas amené à étudier spécialement les états vasculaires veineux des membres inférieurs. »

Mais la fréquence insoupçonnée des varices et leurs complications redoutables (phlébites septiques et aseptiques, ulcères variqueux, lymphangites, eczémas croûteux et suintants), hémorragies parfois mortelles par rupture en coup de fouet (ex. : la mort de Copernic), avaient déterminé M. SICARD à mettre son idée en pratique.

Les varices, ou phlébectasies d'ALIBERT et BRIQUET, sont constituées par la dilatation permanente des veines, résultant principalement d'une altération de leurs parois. Pour en avoir la guérison, il faut obtenir leur rétraction fibreuse et le rétrécissement de la lumière vasculaire.

On produit cette sténose, avec ou sans caillot.

Nos prédécesseurs recherchaient la formation, dans la varice, d'un caillot qui empêcherait le cours du sang et qui, en se rétrécissant, attirerait sur lui-même les parois veineuses. Tel n'est plus notre but : Nous ne désirons pas, en effet, la coagulation du sang, ni la formation de caillot, mais la rétraction des parois, par action irritative sur l'endoveine et réaction hyperplas-tique ou totale.

En un mot, nous provoquons la phlébite aseptique ou mieux *endoveinite*.

Et comment se peut-il que nous parlions de produire une phlébite, alors que celle-ci est du nombre des complications redoutables ? Cette conduite peut, au premier abord, paraître inconséquente ; cependant, rien n'est plus logique. *Agir de la sorte, c'est emprunter à la nature le mécanisme de la guérison par la phlébite spontanée observée chez les vieillards atteints de varices très anciennes.* Nous nous plaçons, en procédant ainsi, dans des conditions telles que les dangers de complications fâcheuses sont tout à fait éloignés.

Qu'est-ce qui fait le danger de la phlébite ?

C'est l'étendue des surfaces inflammatoires et l'intensité de l'inflammation qui peut aboutir à la suppuration, à la mobilisation d'un caillot et à l'embolie. Or, par notre procédé, rien de tout cela.

La phlébite spontanée, consécutive aux varices et ulcères variqueux, peut être septique et, en conséquence, le siège de colonies microbiennes. Dans tous

les cas de phlébite accidentelle, non provoquée par les injections sclérosantes, toutes les conditions se trouvent réunies pour favoriser l'extension du mal et l'aggravation du processus inflammatoire quand il existe : mauvaises conditions hygiéniques, manque de soins, surtout au début, alors que la gravité de la complication est méconnue par le malade qui exagère souvent, par un travail forcé, l'intensité de la phlegmasie.

La phlébite provoquée par des substances injectées est aseptique. Des précautions, en effet, sont prises pour désinfecter préalablement, par les antiseptiques, les ulcères variqueux présentant de la lymphangite périphérique, cause indirecte des phlébites microbiennes. De plus, la piqûre intravariqueuse est faite avec la plus grande asepsie.

Nous verrons, dans la suite du travail, les bons résultats que nous ont donnés nos injections phlébosclérosantes.

En 1918, M. SICARD employa, non pas la potasse ou la soude caustique, mais un sel de soude : le *carbonate neutre de sodium cristallisé officinal*, inoffensif comme toxicité, jouissant de propriétés antigraveleuses et antiarthritiques. Ceci marquait un grand progrès dans la voie de la thérapeutique des varices, car l'arthritisme fournit un fort contingent de malades « souffrant de leurs jambes », par altération des parois veineuses.

L'inconvénient de cette substance est d'être escarrotique par son affinité pour l'eau, si elle n'est pas injectée en totalité dans le vaisseau ; ce que l'on peut facilement éviter si on a quelque habitude des injections

intravariqueuses et si on suit méthodiquement la technique que nous indiquons plus loin.

M. SICARD voulut que tous les variqueux pussent bénéficier de son traitement et que les médecins fussent tous à même de le pratiquer sans danger.

Il essaya donc d'autres substances non escarrotiques, dont le maniement, plus facile, nécessitait le minimum de précautions. Après avoir tenté le chlorure de calcium, l'hyposulfite de soude, etc., il arrêta son choix sur le *salicylate de soude*. Ce sel, qui est phlébosclérosant, à forte concentration, jouit également de propriétés antirhumatismales et antinévralgiques, propriétés avantageuses pour de nombreux variqueux et ulcéreux, ces derniers se plaignant presque toujours de douleurs articulaires et nerveuses.

D'autre part, le salicylate de soude retarde la coagulation du sang, ce qui dispense les variqueux de l'absorption de citrate de soude qu'on leur prescrit souvent pour fluidifier leur sang trop visqueux.

A côté du salicylate de soude, MONTPELLIER et LACROIX (d'Alger), ont mis en valeur le *biiodure de mercure*, phlébosclérosant et non escarrotique. Ce médicament a l'avantage sur le carbonate de soude et le salicylate de soude, d'être beaucoup plus courant ; on le trouve en ampoules, dans le commerce, et dans les médicaments de réserve de presque tous les médecins.

Il doit être employé chez les ulcéreux et variqueux syphilitiques et même chez les artérioscléreux hypertendus, justiciables de l'iodure de potassium.

Nous avons eu l'occasion de nous servir de cette solu-

tion pour de nombreux malades et en fûmes très contents.

GENEVRIER injecte du *chlorhydrate de quinine* dans les varices. Nous n'avons pas vu de malades traités par ce moyen. Les résultats, paraît-il, sont satisfaisants. On peut, en une séance, sténoser tout un tronc variqueux, par l'injection répétée, le long de la veine.

Nous nous promettons de réserver la quinine à nos variqueux paludéens.

## CHAPITRE I

### Avantages de cette méthode

Les avantages de cette méthode sont très palpables :

1° Elle est ambulatoire pendant toute sa durée.

2° Elle a une action incontestable et rapide sur les symptômes fonctionnels.

3° Elle donne des résultats stables.

4° Elle est exempte de tout risque d'accident et même d'incident, si elle est bien conduite.

1° Elle est ambulatoire : Nous savons, nous médecins, que dans toutes les classes de la société il est souvent difficile d'atteindre les maladies et de les enrayer dès leur début, car les malades ne s'y prêtent pas, faute de temps. Ils préfèrent négliger leurs maladies, les voir s'aggraver même, plutôt que de « s'arrêter » et d'abandonner leur emploi pour un temps restreint. C'est ainsi qu'on voit des tuber-

culeux, des syphilitiques, des ulcéreux, etc., rejeter tout repos qui nuirait à leur vie professionnelle. Un ulcéreux ou un variqueux ne se fera soigner que si on ne l'immobilise pas au lit, et s'il peut vaquer à ses affaires. C'est ce que nous avons réalisé par notre traitement. Nous avons eu plusieurs exemples de ce que nous avançons, chez des mères de famille ne pouvant rester à l'hôpital à cause de leurs petits enfants, et effectuant un long trajet, malgré le mauvais état de leurs jambes pour venir se faire traiter les varices chez nous. Nous avons vu également, en clientèle, plusieurs hommes, en particulier un boucher, demander à subir le traitement chez lui, pendant son travail. L'économie de temps doit donc souvent entrer en ligne de compte quand on institue un traitement. De même qu'un médecin ne doit pas gaspiller l'argent de ses malades par l'abondance des médicaments, de même il doit ménager le temps nécessaire au traitement de chacun d'eux et ne pas empêcher ceux-ci, autant que possible, de remplir leur rôle social et professionnel.

2° Elle a une action incontestable et rapide sur les symptômes fonctionnels par le fait de la sclérose et de la disparition des veines dilatées. L'impotence fonctionnelle, qui résulte parfois de ces symptômes, guérit également sous l'influence de nos injections.

Nous avons relevé, au cours d'un remplacement de médecin, une observation succincte, mais typique. La voici :

Un homme de 78 ans, autrefois très actif, était réduit à traîner « ses jambes lourdes » dans sa maison. Nous le voyons en novembre 1922. Ses varices et son ulcère

variqueux l'ont mis dans un tel état que depuis quatre ans il ne marche presque plus. Sa fille nous raconte qu'il y a 3 ans, on fut obligé de le porter dans la gare du Nord, de son wagon à la rue en face la gare. Il était donc incapable de marcher.

Nous lui faisons 9 piqûres de biiodure de mercure. Dès les premières injections, les symptômes fonctionnels s'améliorent, l'ulcère disparaît rapidement à la jambe droite. Au bout d'un mois le malade sort un peu et fait quelques courses. A présent, il fait de longues marches, tant pour se promener que pour aider sa fille dans son commerce.

3° Elle donne des résultats stables. En effet, nous avons revu des malades guéris depuis trois ans et dont la guérison persiste. Si parfois il se forme chez eux des dermites ou des ulcérations, la pommade T. O. B. les fait disparaître en peu de jours. Certains de nos confrères rapportent des guérisons de 5 ans. D'ailleurs, la réapparition de varices, chez un sujet traité, est due à la dilatation d'autres veines secondaires.

4° Elle est exempte de tout risque d'accident et même d'incident si elle est bien conduite.

---

## CHAPITRE II

### Discussion des objections

Répondons, dès maintenant, aux quatre objections principales qui ont été soulevées devant toutes les méthodes d'injections intravariqueuses :

- 1° Toxicité des substances employées ;
- 2° Danger de migration du caillot et embolie ;
- 3° Possibilité de provoquer une phlébite vraie ;
- 4° Marche aveugle des oblitérations et arrêt de la circulation de retour. Œdème et même gangrène du membre.

Ces objections, purement théoriques, ne peuvent avoir de meilleures réfutations que celles qui sont fournies par la clinique et la longue expérience.

- 1° La *toxicité* de nos quatre substances est nulle, aux doses employées.

La dose de *carbonate de soude*, mortelle pour l'animal, est de 7 à 8 grammes par kilogramme, selon les travaux de BOCHEFONTAINE. Pour l'homme, il faudrait donc environ 400 grammes pour provoquer chez lui des phénomènes convulsifs et l'arrêt brusque du cœur. Nous sommes loin d'atteindre ces quantités, car nous n'avons jamais dépassé 4 grammes en une seule fois, à raison de 12 grammes par semaine.

Au contraire, l'action sur l'état général est des meilleures à dose thérapeutique. On le verra dans les résultats heureux et inattendus que nous exposons.

Le *salicylate de soude* commence à être toxique à la dose de 20 grammes par jour. Or, nous n'injectons jamais plus de 1 gr. 20 en une fois et tous les deux jours, au maximum. Nous n'avons jamais observé les phénomènes que donne parfois le salicylate de soude : troubles nerveux, tels que bourdonnements d'oreilles, surdité passagère, vertiges, congestion du visage, troubles visuels, délire, etc.

Le *biodure de mercure* est parfois employé jusqu'à 0 gr. 10 en une fois, à dose thérapeutique. Nous ne dépassons jamais 2 centigrammes, aussi n'avons-nous jamais d'accidents d'aucune nature : ni stomatite, ni albuminurie, ni diarrhée. Au contraire, l'intestin se débarrasse mieux et l'élimination d'urine est plus abondante, car chacun sait que les sels de mercure sont laxatifs et diurétiques.

Le *chlorhydrate de quinine* s'injecte à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 80 au maximum. Or, aux paludéens en état de crise, on fait prendre couramment 3 grammes

de chlorhydrate de quinine par 24 heures. A la dose moyenne de 1 gramme, la quinine est un bon vaso-constricteur et ne provoque aucun trouble : bourdonnements, ivresse quinique, etc.

2° Le danger de *migration du caillot*, qu'on reproche à notre traitement, est tout à fait théorique. Pour nous, nous constatons que, sur plus de 800 injections faites à l'Hôpital de Saint-Germain, ajoutées aux milliers d'autres faites par nos Maîtres et nos confrères, jamais il ne fut observé d'embolie.

Le cas suspect de mort, le surlendemain d'une injection de carbonate de soude, publié par la *Presse Médicale* de 1922, est dénué de toute preuve et ne revêt aucun caractère scientifique.

Voici d'ailleurs comment M. SICARD le relate dans le *Journal des Praticiens* (N° 21, 1923) : « Un de nos confrères m'a signalé, il y a 18 mois environ, un cas de mort chez une femme de ménage, que je n'avais pas eu occasion de voir, âgée et pléthorique, au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour d'une quatrième série de piqûres ; décès survenu dans des conditions mal déterminées, sans que l'on ait pu en élucider la cause. J'avais cru bon de ne pas laisser passer sous silence cette observation, mais en la donnant, avec les réserves qu'elle comportait et que l'on omet actuellement de rappeler. »

Nous ne sommes pas seul à affirmer que l'embolie ne se produit jamais.

Déjà, en 1867, ROUBY, Interne de Lyon, rapporte dans sa thèse le résultat de 5 années d'expérience auprès de son Maître DELORE. Ils employaient alors la liqueur iodotannique, très coagulante : « Nous n'avons jamais

vu, chez nos opérés, le caillot être emporté dans la saphène ou au-delà et produire des accidents. » Et, donnant son avis sur l'utilité du lien constricteur, qui était recommandé alors contre l'embolie, il ajoute : « La constriction supérieure (à la piqûre) au moyen d'une bande de toile nous semble peu utile. Il n'en est pas de même pour la compression faite au-dessous de la piqûre, et dans deux observations nous voyons un caillot tomber de la partie supérieure à la partie inférieure de la veine. »

Nous voyons également SCHIASSI (de Bologne), en 1908, présentant une nouvelle méthode d'injection phlébosclérosante, s'exprimer ainsi :

« ... Auparavant, je dois me préoccuper d'une objection qu'on élève toujours contre le principe même de cette thérapeutique, à savoir que, à la suite de l'oblitération des veines provoquées par thrombose, il peut se détacher un embolus qui, lancé dans la grande circulation, est susceptible de porter atteinte à quelque organe essentiel de la vie. Or, ce danger d'embolie n'est pour moi qu'hypothétique ; *je ne sais pas, en effet, de façon certaine, que jamais un embolus mortel se soit détaché d'un foyer de phlébite chimique d'une veine superficielle* ; et, tant que cet accident ne s'est pas produit, je doute fort qu'il puisse arriver, car, lorsqu'on détermine l'oblitération chimique d'une veine par l'action d'un excitant médicamenteux non nécrotisant, l'oblitération s'accomplit par l'effet d'un lent travail de réaction endothéliale donnant lieu à un apport d'éléments conjonctifs jeunes qui, ultérieurement, deviennent adultes et permanents : dans ces

conditions, *le détachement d'un embolus n'est pas possible*. De plus, lorsqu'il s'agit de la jambe, les conditions hydrodynamiques dans lesquelles se trouve le réseau veineux superficiel chez les variqueux font que la circulation lente du sang dans les veines est tout à fait défavorable au déplacement ascendant de débris emboliques. Cela est d'autant plus vrai que M. BIER, dans quelques milliers de cas de varices de la jambe, thrombotiques ou non, a fait les applications les plus énergiques d'hypérémie active sans qu'il lui soit jamais arrivé d'observer des phénomènes d'embolie. »

Jamais non plus on ne vit de caillot migrateur dans les oblitérations veineuses dues aux très nombreuses injections de novarsenicaux faites depuis une quinzaine d'années.

A ce sujet, MM. MONTPELLIER et LACROIX écrivent : « En fait, cette objection paraît rester toute théorique. Il suffit, pour s'en convaincre, d'envisager d'une part, le nombre assurément très respectable de thromboses qui, chaque jour, se « commettent » au cours du nombre formidable d'injections intraveineuses quotidiennement pratiquées, et de considérer, d'autre part, que le premier cas d'embolie consécutive à ces thromboses accidentelles n'est pas encore publié. » (*Presse Médicale*, 1<sup>er</sup> mars 1922).

Ces appréciations, basées sur la multitude d'injections intravariqueuses faites depuis 1851, sont suffisantes, croyons-nous, pour écarter toute crainte de l'esprit de ceux qui voudront, comme nous, guérir leurs variqueux.

3° On objecte encore la formation, par nos injections,

de *phlébite vraie*. Avouons tout de suite que cet accident nous est arrivé une seule fois et voici dans quelles conditions : Un homme du Vésinet, M. J. B..., 61 ans, venait faire traiter ses varices à l'Hôpital de Saint-Germain. Les deux premières piqûres furent faites avec le biiodure de mercure dans des branches de la saphène. Tout se passa bien, il retourne chez lui.

La 3<sup>e</sup> piqûre fut faite avec Hg I<sup>2</sup> également au 1/3 moyen de la jambe droite, dans le tronc de la saphène interne.

Ce malade revient trois jours après. Il nous explique que depuis son retour chez lui il souffre un peu et que la douleur s'est étendue jusqu'au milieu de la cuisse. Il boit légèrement et éprouve de la peine à continuer son métier de jardinier. La région le long de la saphène interne est en effet, rouge, œdématiée, douloureuse, formant un long cordon dur jusqu'à mi-cuisse.

Nous ne renouvelons pas l'injection et conseillons au malade d'appliquer sur la jambe, le soir, en se couchant, des cataplasmes de farine de lin.

Trois jours après il revient du Vésinet à pied. La douleur est plus marquée. La région est plus œdématiée ; il marche de plus en plus difficilement, boitant très fort et dans l'incapacité de travailler. On l'hospitalise. On immobilise son membre dans une gouttière. Un mois après tout avait disparu. Le malade se levait et repartait chez lui.

Remarquons que cet homme a marché 6 jours avec une phlébite très accentuée et très étendue. Il n'a présenté aucune complication grave. Nous attribuons la

phlébite à une sensibilité de l'endoveine, à la marche et à la fatigue qu'il subissait aussitôt l'injection.

Avant la connaissance de l'asepsie, les accidents phlébitiques étaient fréquents et terribles. De 1851 à 1880, on signale des cas de morts consécutifs aux phlébites, ce qui fit hésiter beaucoup de médecins à pratiquer les injections intravariqueuses. Mais ces phénomènes ne sont pas comparables à ceux que l'on obtient à présent. Ces phlébites étaient septiques, présentaient de larges surfaces inflammatoires et aboutissaient souvent à la suppuration et à la mobilisation de caillots formés de colonies microbiennes allant se développer dans un organe important et amener la mort.

Aujourd'hui, avec les moyens prophylactiques en usage, ces dangers sont écartés. Si un ulcère variqueux infecté se présente à nous, nous commençons par le traiter avec des antiseptiques et nous faisons disparaître la lymphangite périphérique qui l'accompagne généralement.

On élimine ainsi les chances d'inflammation des veines adjacentes, et si on aseptise bien l'endroit où se fera la piqûre, seule la phlébite chimique, ou mieux l'endoveinite, peut se produire.

*Nous favorisons, de ce fait, le processus naturel de guérison des varices.*

On sait, en effet, que les anciennes varices disparaissent à la longue par sclérose de leurs parois et par oblitération ou rétrécissement de leur lumière.

Et nous nous sommes rendu parfaitement compte de ce que nous avançons, quand nous avons pratiqué cinq

fois l'incision circulaire sur des jambes présentant des ulcères variqueux circulaires, calleux, avec eczéma croûteux, ne révélant plus à la vue, ni au toucher, l'existence de varices dilatées et injectables, et par conséquent, non justiciables du traitement sclérosant par les injections médicamenteuses. Les veines, en effet, chez ces sujets, étaient réduites à l'état de cordons durs, et, même la saphène interne ne laissait écouler que peu de sang veineux.

Ajoutons que cette phlébosclérose, soit artificielle ou médicamenteuse, soit naturelle ou spontanée, s'accompagne de la disparition de la douleur dans les varices auparavant très sensibles, et la guérison est ainsi complète.

4° Notre thérapeutique, nous objecte-t-on encore, peut, par ses *oblitérations aveugles*, amener l'arrêt de la circulation de retour, provoquer des œdèmes ou même de la gangrène des membres inférieurs.

Nous répondrons que nous n'avons jamais observé ces phénomènes depuis trois ans et, à l'appui de notre affirmation, nous citerons ROUBY qui, déjà, en 1867, avait une opinion bien arrêtée là-dessus (Thèse de Paris) : « Le sang du membre inférieur, selon l'étude physiologique, est ramené non par la saphène, mais par les veines profondes, péronières, tibiales, poplitée et fémorale. De plus, la clinique vient encore appuyer notre dire. Jamais, en effet, des injections, quand même elles ont été très nombreuses, non plus que les autres traitements de cure radicale, n'ont amené de la gêne dans la circulation de retour. Au contraire, l'œdème du membre, parfois considérable, causé par

*les varices, a toujours disparu sous l'influence de l'opération. Ce fait peut être constaté chez un grand nombre de nos opérés. »*

Si on nous reproche, par la marche aveugle de nos oblitérations, de gêner le retour du sang par les veines profondes, nous verrons que déjà, en 1908, on avait prévu cette remarque et que SCHIASSI y répond avec beaucoup de conviction : « Dans beaucoup de cas il est indiqué de modifier l'hyperémie passive, dominant dans le réseau superficiel de la jambe, car, pour la circulation variqueuse profonde, il en résulte de grands avantages. C'est ainsi que la force qui détermine la progression du sang, vers la partie supérieure du membre, *au lieu de se perdre en s'exerçant sur les deux circulations superficielle et profonde*, se porte entièrement, une fois la circulation superficielle régularisée, sur la circulation profonde, *ce qui augmente la vitesse, et remédie en même temps à l'hyperémie passive variqueuse.* »

Les autres petits accidents (escarres, périphlébites) sont dus, non à la méthode, mais à des fautes de technique.

On voit que ces objections, que nous sommes heureux d'avoir rencontrées, sont dépourvues d'arguments péremptoirs et montrent, malheureusement, que pas assez de médecins connaissent et appliquent la méthode.

---

### TROISIÈME PARTIE

---

## Étude clinique

---

Nous proclamons tout d'abord que les injections de solutions de carbonate de soude, de salicylate de soude, de biiodure de mercure et de chlorhydrate de quinine ne sont pas une panacée universelle, qu'elles ne guérissent pas, à coup sûr, toutes « les jambes lourdes », mais nous disons qu'elles constituent, dans certains cas particuliers de varices essentielles ou idiopathiques, le meilleur traitement qu'on ait connu jusqu'à présent. Bien entendu, il ne nous vient pas à l'esprit de mépriser tant soit peu l'*anastomose saphéno-fémorale* de DELBET, qui donne d'excellents résultats dans certains cas, prouvés par la méthode biométrique de MABILLE. Nous restons les admirateurs de cette opération difficile de la *saphénectomie totale* d'ALGLAVE, de

SCHWARTZ, etc. Ces Maîtres gardent le grand mérite de leur adresse chirurgicale et de leur patience poussée à l'extrême pour disséquer et ligaturer les nombreuses anastomoses des saphènes.

Mais ces opérations de grande envergure ne sont pas accessibles à la *masse des praticiens* qui se trouvent désarmés devant la multitude de variqueux qu'ils rencontrent dans leur clientèle journalière. C'est à eux que nous nous adressons et que nous rappelons qu'il y a un moyen de soulager presque toujours et de guérir souvent les malheureux qui se présentent à eux avec des phénomènes fonctionnels très marqués, alors que leurs varices sont peu apparentes, et pour ainsi dire non justiciables d'une saphénectomie ou d'une anastomose saphéno-fémorale.

Dans ces cas, les injections intravariqueuses que nous préconisons, feront merveille. Nous en citerons plus loin des observations personnelles frappantes.

Cependant, les résultats obtenus sont parfois contraires à toute attente. Un ulcère ancien, large, atone, se cicatrisera définitivement après 5 ou 6 injections : au contraire, un simple variqueux, à veines moyennement dilatées, après une amélioration consécutive aux premières injections, verra ses varices évoluer à nouveau, sans que les nombreuses piqûres qui lui sont faites ensuite, soient capables d'empêcher l'apparition des complications. Nous avons constaté cet échec le plus souvent chez les alcooliques, les gros buveurs et les gros mangeurs, qui, hypertendus déjà, font subir des « coups de bélier » à leurs système artériel et veineux, par l'absorption d'une grande quantité de liquides et d'aliments.

OBSERVATION I

*Cette observation est comparable et superposable à la suivante, mais les résultats sont contraires, car l'individu subissant le même traitement local des varices, se refuse à restreindre son absorption de vin et d'aliments carnés.*

*Il est amélioré un certain temps, au début, puis, reprenant de plus belle son hyperalimentation, ses varices restent dilatées et non guéries.*

M. B..., Eugène, Bezons, 57 ans, boucher. Est hospitalisé le 17 décembre 1922.

Varices aux deux membres inférieurs et ulcère de deux pièces 5 fr.

Alcoolique, gros mangeur de viande, Wasserman négatif.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires, ni collatéraux.

A 20 ans, soldat 3 ans dans la cavalerie et l'artillerie.

Fracture au 1/4 inf. du tibia droit par coup de pied de cheval. (Plâtre enlevé au bout de 40 jours, replâtré pendant 50 jours).

Deux ans après la fracture, apparition de varices à la jambe droite. Rien à la jambe gauche.

Depuis l'âge de 25 ans, les varices augmentent de volume continuellement.

Il y a trois mois, un ulcère apparaît à la suite de dermite et d'écorchure.

*Eramen au 19 décembre 1922.* — Faciès vultueux. Yeux clairs, larmoyants. Un peu d'œdème des paupières.

Corpulence marquée. Mouvement de flexion du tronc en avant, difficile, par développement exagéré du ventre. Dysprée d'effort. Mouvements lents. Tremblement des mains et des doigts.

*Jambe droite.* — Varices et varicosités sur toute la hauteur. Ampoules variqueuses et sinuosités variqueuses le long de la face dorsale du pied remontant à la face interne de toute la jambe, se dirigeant vers le creux poplité. Face externe, varices très sinucuses, très visibles, mais moins ampullaires.

A la face postérieure, au-dessus du creux poplité, ampoules variqueuses.

Ulcère variqueux à la face antéro-interne, au niveau de la rencontre du 1/3 moyen avec le 1/3 infér.

*Jambe gauche.* — Varices moins sinucuses, moins flasques, le long de la saphène interne.

Tens. art. 9-15.

*Traitement.* — Du 17 décembre 1922 au 28 janvier 1923, régime de l'Hôpital, restreint en vin et aliments carnés.

Facès moins « phéthorique » au bout de quelques jours.

Mais il ne peut se faire à ce régime, demande des permissions pour sortir dans la journée et aller trinquer avec ses camarades. Chaque fois il revient ayant absorbé une grande quantité de boissons alcoolisées. Ce système de permissions espacées est le seul moyen de le garder à l'hôpital, pour amener la guérison de ses varices.

Pansement de l'ulcère avec pâte T. O. B., comme nous l'appelons ici par abréviation et dont la formule est la suivante :

|                     |      |        |
|---------------------|------|--------|
| Talc .....          | } aa | 25 gr. |
| Oxyde de zinc.....  |      |        |
| Lanoline .....      |      |        |
| Vaseline .....      |      |        |
| Baume du Pérou..... |      | 5 gr.  |

Le 19 décembre 1922, première piqûre de salicylate de soude à 40 % dans une ampoule bien marquée en avant de la malléole interne.

Nous avons choisi exprès cette ampoule pour montrer au malade les excellents effets de nos injections. En effet, le résultat fut excellent dès le lendemain.

Nous continuâmes à traiter les ampoules variqueuses et les gros troncs avec le salicylate de soude à 40 %, en remontant de bas en haut.

Les piqûres sont faites dans la position couchée, les 22, 28, 29 décembre 1922, et les 6, 8, 10, 12, 15, 18 janvier 1923. L'ulcère est complètement cicatrisé le 12 février. Nous remarquons que certaines piqûres ne donnent pas le résultat qu'on en attendait : il faut réitérer jusqu'à trois fois, au même endroit, les 3 cc. de solution à 40 %. Le résultat est enfin obtenu.

Le 20 janvier 1923, le malade déclare qu'il tousse dans le courant des journées où lui sont faites les piqûres. C'est une petite toux quinteuse à laquelle nous n'attachons pas d'importance, car nous ne croyons pas qu'elle soit due au salicylate de soude. Les jours suivants le malade ne se plaint plus de rien. Les 22, 24, 26, 28 janvier 1923, autres piqûres qui ont des effets très atténués.

Le 29 janvier, prétextant un travail très urgent, le malade retourne chez lui. Il annonce qu'il reviendra se faire faire des piqûres dont l'effet lui semble très bon. Il revient en effet encore, de temps à autre, et nous remarquons que nos piqûres sont de plus en plus inefficaces. Le malade nous arrive presque chaque fois dans un état d'ébriété et d'hypertension.

1 mois après sa sortie de l'hôpital, des ulcérations apparaissent le long de la jambe. Les varices sinueuses ont augmenté de calibre. Nous ne le revoyons plus.

RÉSUMÉ. — *Ethylique, hypertendu. Gros mangeur, se refusant à réduire ses ingesta.*

*Le traitement a sclérosé et fait disparaître certaines varices et l'ulcère variqueux pendant son temps d'hospitalisation.*

*Puis, une fois revenu à la vie de grand buveur, les « coups de bélier » subis par son système veineux font*

*dilater d'autres veines et apparaître des ulcérations variqueuses qui le mettent dans l'état où il était auparavant.*

Chez de tels sujets, les varices sont symptomatiques d'un état « phéthorique », et il suffirait que ces malades aient la volonté de restreindre la quantité de leurs ingesta pour améliorer leurs jambes malades. L'altération des parois veineuses persiste cependant et nos injections sclérosantes, ajoutées alors au régime restreint, les guériront définitivement.

#### OBSERVATION II

*Cette observation est le contraire de la précédente, quoique superposable comme individu. Celui-ci s'est montré soumis à nos conseils et a restreint, pendant le traitement, ses boissons et son alimentation abondantes auparavant.*

*Nous le guérissons, alors que pour l'observation précédente le résultat ne fut que temporaire.*

*Homme ayant varices et ulcères variqueux aux deux jambes, 1/3 inf., face antér. Alcoolique. Gros mangeur de viande. Hypertension 10-16. (V. Fig. I et II).*

M. A., Jean, Bezons, boucher, 52 ans. Est hospitalisé le 2 février 1923. Sort le 17 mars 1923. Guéri.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires, ni collatéraux, ni personnels.

A 20 ans est soldat dans l'infanterie pendant 1 an.

Ne ressent alors aucune fatigue dans les jambes.

Marié à 26 ans. A une fille de 24 ans bien portante. Un fils est mort à 9 ans de méningite.

*Histoire de la maladie.* — A 26 ans, étant garçon boucher, il voit, peu à peu, apparaître des varices à la face interne de la cuisse gauche, au 1/3 inférieur. Déjà, à cette époque, il était gros mangeur, de viande surtout, et grand buveur de vin. Depuis ce temps-là, ses varices ne font qu'augmenter de volume et s'étendre le long des deux membres inférieurs, depuis les articulations tibio-tarsiennes jusqu'à mi-cuisse.

Il y a 10 ans environ, vers l'âge de 42 ans, une ulcération se produit à la jambe gauche. Elle se cicatrise en quelques mois.

Jusqu'à ces derniers temps ses varices ne le gênaient pas. Il portait des bas à varices.

Mais depuis quelques mois, il emploie des bandes Velpeau, qui le soulagent mieux que les bas. Depuis ce temps, en effet, il ressent de la gêne dans la marche, de la pesanteur et de l'enflure le soir, des crampes dans les mollets, des fourmillements.

Il entend dire qu'on soigne les variqueux à l'Hôpital de Saint-Germain. Il vient nous consulter. On l'hospitalise.

*Examen le 3 février 1923.* — Faciès vultueux, congestionné. Varicosités aux pommettes et sur les ailes du nez. Yeux injectés. Tremblements des mains et doigts.

Congestion de la face au moindre effort.

Les deux jambes sont variqueuses, depuis les chevilles jusqu'à mi-cuisses et sur tout le trajet de la saphène interne, et principalement au niveau du condyle fémoral interne droit.

Deux ulcères variqueux peu étendus (pièce 5 fr.), un à chaque jambe, avec, au pourtour, petites ulcérations guérissant et reparaissant continuellement depuis 5 ans.

Enflure des deux chevilles.

Tension à l'appareil de Vaquez, 10-16.

*Traitement.* — Le malade est d'abord mis au régime de l'Hôpital, c'est-à-dire, il y a dans son alimentation restriction de boissons alcoolisées et de viande.



FIG. 1. — M. A..., Jean. — **AVANT TRAITEMENT**



FIG. II. — M. A..., Jean, — **APRÈS TRAITEMENT**

Mais à lui comme au précédent nous sommes obligé d'établir un système de permissions qui nous permettent de retenir le malade à l'Hôpital et de parachever ainsi la guérison de ses varices jusqu'à son départ définitif.

Nous pansons ses ulcères avec la pâte T. O. B., comme nous l'appelons ici, et dont la formule est la suivante :

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| Talc .....          | { $\widehat{aa}$ 25 gr. |
| Oxyde de Zinc.....  |                         |
| Lanoline .....      |                         |
| Vaseline .....      |                         |
| Baume du Pérou..... | 5 gr.                   |

Nous lui faisons des injections intravariqueuses.

Le 2 février 1923, première piqûre à la face externe du pied droit, de salicylate de soude à 20 %.

Les injections suivantes se font à 40 %, les 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11 février, toujours à la jambe droite.

Ces injections ont un effet merveilleux. Chaque piqûre sclérose 2 cm. de varice. Nous faisons ces piqûres progressivement, de bas en haut.

Nous avons l'habitude de dire aux malades de se lever et de marcher quelques heures avant l'injection ; de cette façon les varices sont très apparentes.

Le malade retourne à pied et s'allonge quelque peu, sans toutefois y être obligé.

Le 11 février, l'état général du malade est également meilleur. Il est moins bouffi, moins hypertendu, 9-14 au Vaquez.

Il dit que le vin lui manque ! au point qu'il se demande s'il va rester plus longtemps à l'hôpital. Il se résigne cependant. Nous lui donnons une permission de sortir. Il en profite pour fêter Bacchus.

Les 14, 15, 16, 17 février, injection de biiodure de mercure dans la jambe gauche, afin de comparer avec le salicylate utilisé pour la jambe droite. L'effet est moins bon.

Nous revenons au salicylate les 19, 21, 23, 24, 26, 28 février, 3, 6, 11, 13, 14 mars. = 23 piqûres. Bons résultats, jamais d'escarre.

Il est à cette date complètement débarrassé de ses varices aux deux jambes. Ses ulcères sont cicatrisés depuis le début du traitement.

La tension reste à 9-14 au lieu de 10-16.

Il sort guéri le 17 mars.

Reviendra nous voir s'il y a lieu.

N'est pas revenu.

RÉSUMÉ. — *Alcoolique hypertendu, sort guéri, parce que traité et soumis à un régime restreint de vin et de viande.*

---

## CHAPITRE PREMIER

### Contre-Indications

En principe, toutes les varices superficielles bénéficient des injections dont nous donnerons plus loin la technique. Cependant, il y a lieu d'éviter les injections intravariqueuses dans certains cas bien nets que la simple observation et le bon sens feront découvrir facilement :

1° Les varices dues à une compression pelvienne par l'utérus gravide, les fibromes utériens, les kystes ovariens, etc., qui disparaissent « *sublata causa* ».

2° Les phlébites anciennes septiques ou aseptiques, avec placards d'induration veineuse et périveineuse.

3° Les varices diffuses, abondantes, petites, télangiectasiques, transformant la jambe en une véritable éponge variqueuse.

4° Les varices incrustées dans le tégument lardacé, pigmenté, oedématié, incapables de se rétracter, avec ulcère calleux sous-jacent et infiltration éléphantiasique.

## CHAPITRE II

### Indications

Le traitement s'impose, au contraire, dans les cas suivants :

- 1° De varices avec gêne fonctionnelle ;
- 2° De varices en imminence de complications ;
- 3° De varices avec complications ;
- 4° De varices sans gêne fonctionnelle, mais devant être traitées dans un but esthétique, ou dans un but prophylactique.

1° *De varices avec gêne fonctionnelle.* — En effet, les crampes, l'œdème, la pesanteur, les fourmillements, les raideurs articulaires, la fatigue à la fin de la journée disparaissent rapidement, sous l'influence de nos injections. Les malades le déclarent spontanément et en sont ravis.



FIG. III — M. B..., Eugène. — **AVANT TRAITEMENT**

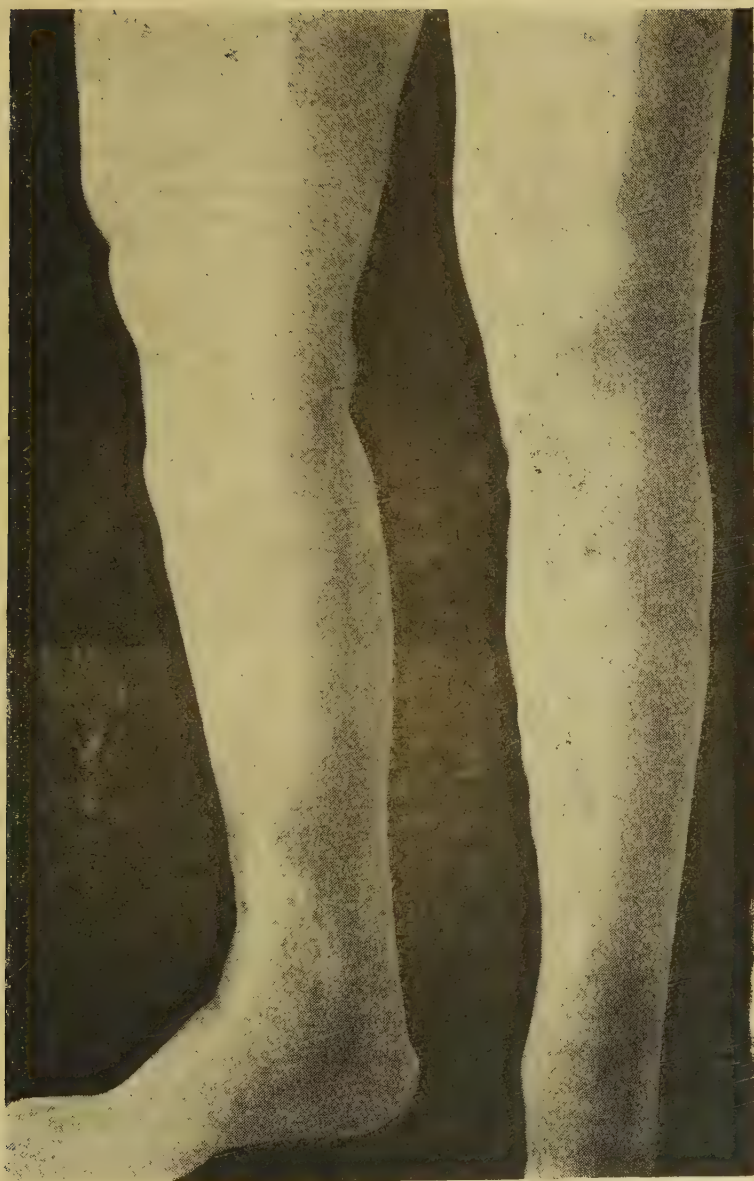


FIG. IV. — M. B..., Eugène. — **APRÈS TRAITEMENT**

Voici à ce sujet deux observations :

### OBSERVATION III

*Varices depuis six ans. Sans ulcère.*

*Gêne fonctionnelle marquée. Raideurs articulaires du membre inférieur droit. Pesanteur dans les jambes.*  
(V. Fig. III et IV).

M. B..., Eugène, 58 ans, balayeur de la ville, Saint-Germain.

Antécédents héréditaires : la mère avait des varices volumineuses.

Pas d'antécédents personnels pathologiques. A toujours été solide et bien portant.

En 1917, pendant la guerre, il s'aperçoit de lésions cutanées (ecthyma) aux membres inférieurs, et surtout à la jambe droite.

A la suite de cela, dit-il, des varices apparaissent.

Il n'y prête aucune attention.

Mais tout dernièrement, en octobre 1923, il ressentait des douleurs, de la pesanteur et des raideurs dans les membres inférieurs. Il va trouver un docteur de Saint-Germain, qui nous l'envoie.

Nous l'examinons, lui prenons sa photo.

*Traitement.* — 19 octobre, première piqure de salicylate de soude à 40 %, 2 cc. à la partie inf. du membre inférieur droit.

Autres piqures les 21, 23, 26, 28, 31 octobre.

Pendant le traitement, grande amélioration des troubles fonctionnels : la marche est plus aisée, les membres sont moins lourds, l'articulation du genou est plus souple.

L'endoweinite et la périveinite consécutives à nos injections disparaissent en quelques jours, aidées par l'application de cataplasmes chauds.

RÉSUMÉ. — *Gêne fonctionnelle due à des varices volumineuses des membres inférieurs, complètement guérie chez un homme de 58 ans, actif et vigoureux, par 6 mois de nos injections phlébosclérosantes.*

#### OBSERVATION IV

*Ampoule au niveau de l'embouchure de la saphène interne droite, donnant l'illusion d'une hernie crurale, prise pour telle, et envoyée à l'hôpital, pour opération de cure radicale.*

M<sup>me</sup> Th..., Marie, 27 ans, domestique, Saint-Germain. Entrée à l'hôpital le 14 février 1921.

Pas d'antécédents pathologiques.

Réglée à 12 ans, irrégulièrement.

Première grossesse à 20 ans.

Le troisième mois de sa gestation la malade est atteinte de phlébite de la jambe droite (saphène interne indurée, douloureuse surtout au niveau du mollet, avec paquet variqueux, à la face interne du 1/3 supérieur de la jambe).

Elle vient alors, il y a 7 ans, à l'Hôpital de Saint-Germain, où on lui applique des compresses chaudes et humides. On lui immobilise la jambe dans une gouttière.

Elle reste six mois à l'Hôpital et y accouche. Enfant bien portante, pesant 9 livres à la naissance. Accouchement au forceps. Déchirure du périnée. Points de suture de suite.

Quelque temps avant son accouchement, la malade avait vu ses jambes enfler, des varices apparaître progressivement et devenir très volumineuses. L'état de ses jambes était tel qu'elle boitait en marchant.

Après son accouchement, ses varices, loin de régresser, s'accroissent davantage. Elle boite encore 3 mois après son accouchement. Sa jambe est en rotation externe.

Il y a 5 ans, en faisant un effort, elle sent une douleur au niveau de l'embouchure de la saphène interne, dans le pli inguinal droit. Elle n'y prête aucune attention. Ce n'est

que trois mois après qu'elle s'aperçoit d'une tuméfaction de la grosseur d'une bille, sous l'arcade crurale droite, à la partie moyenne en dedans et un peu en avant de l'artère fémorale.

Elle consulte trois médecins, qui font le diagnostic de hernie crurale et lui font porter un bandage qui ne la soulage en rien.

Le 14 février 1921, elle entre à l'hôpital pour se faire opérer de sa hernie.

*Examen.* — Au premier abord, nous nous rangeons aux dires de la malade. En l'examinant, comme on doit toujours le faire, nous remarquons que cette « hernie » inexistante dans la position couchée, sans impulsion à la toux, et sans anneau crural formé, se montre instantanément dans la position debout. Elle est mollasse, la réduction est facile, mais « ne tient pas ». Cela nous intrigue, et nous voyons qu'il s'agit bel et bien d'une dilatation ampullaire au niveau de l'embouchure de la saphène interne.

Notre diagnostic est confirmé par le Docteur GRANDHOMME et le Docteur LAMARE, chirurgiens de l'Hôpital.

L'examen des jambes révèle pour la *jambe droite* : des varices volumineuses en cordons et en ampoules le long de la face interne de la jambe et de la cuisse. Paquets variqueux de l'étendue d'une large pièce de 5 fr. à la face antéro-interne, 1/3 sup. de la jambe. Grosse dilatation ampullaire au 1/3 moyen, face interne de la cuisse. Dilatation ampullaire de la grosseur d'une bille au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la veine fémorale.

*Jambe gauche.* — Rien à la cuisse.

Varices ampullaires nombreuses et sinueuses le long de la saphène interne, depuis le cou-de-pied jusqu'au creux poplité.

Ampoules marquées à l'embouchure de la saphène externe dans le creux poplité.

*Phénomènes généraux.* — La malade se plaint de crampes depuis huit mois.

Après une marche quelque peu prolongée, la jambe est pesante, violacée ; les varices sont très dilatées. Le soir, les chevilles sont très légèrement enflées, mais la fatigue est extrême.

*Traitement.* — Première injection de carbonate de soude à 10 % le 18 mars 1921, dans la jambe droite, au niveau de la cheville, car on commence toujours par en bas.

Cette première injection est douloureuse pendant 8 jours. On applique des pansements humides.

Le 25 mars, deuxième injection, quand la douleur de la première a cessé. A noter que la malade, qui avait des crampes très souvent, n'en ressent plus après la première piqûre.

Elle sort de l'hôpital le 27 mars et reviendra pour les piqûres. Les 29 mars, 2 avril, 17, 25 juin, injections indolores de carbonate de soude à 10 %.

Le 6 juillet, injection. Douleurs deux jours.

Le 12 juillet, injection. Douleur immédiate le long de la saphène interne.

Le 17 juillet, neuvième injection.

Revient se faire voir le 23 juillet. Elle est guérie et satisfaite. Le résultat des piqûres est excellent, au niveau des deux jambes. Elle garde l'ampoule variqueuse au niveau de l'embouchure de la saphène interne droite, à laquelle nous n'osons pas toucher. Nous n'avons plus refait de piqûres chez cette personne dans la suite. Sa guérison a donc été durable.

*RÉSUMÉ.* — Cette malade, dont la gêne fonctionnelle, due aux varices, était mal supportée, fut complètement guérie et satisfaite par 9 injections intravariqueuses de carbonate de soude à 10 %. Ses crampes, sa fatigue, son enflure des chevilles, ses ampoules et cordons variqueux ont disparu. Elle retrouva ainsi une grande facilité de travail inconnue d'elle auparavant.

2° *De varices en imminence de complications.* — On sait que les principales complications des varices sont la rupture en « coup de fouet » et l'hémorragie consécutive parfois mortelles. Des cas très nombreux de mort ont été signalés depuis toujours : Copernic en est un exemple historique et frappant. Des malades furent trouvés morts dans leur lit, après une hémorragie que personne n'avait pu secourir, d'autres succombèrent dans la rue en peu de temps. Les ruptures de varices à parois minces, bleuâtres, faisant corps avec l'épiderme doivent être prévues et prévenues.

L'eczéma, les dermites qui précèdent et conditionnent parfois l'ulcère variqueux régressent souvent par sténose des varices sous-jacentes.

En voici un exemple frappant.

#### OBSERVATION V

*Varices depuis 27 ans et ulcère variqueux depuis 10 ans, dont on peut voir la photo, fig. V et VI.*

M<sup>me</sup> H..., Thérèse, 53 ans, journalière, Montesson. Entre à l'hôpital le 3 juillet 1923.

Sa mère avait des varices.

Ses deux frères et deux sœurs ont des varices.

Elle n'a jamais été malade. A toujours travaillé beaucoup aux champs. Grippe en 1918, reste deux mois alitée.

Il y a 10 ans, elle est venue à l'Hôpital de Saint-Germain, pour un ulcère variqueux de l'étendue d'une paume, situé à la face interne et au 1/3 inférieur de la jambe droite.

Elle a eu 11 grossesses. La première, à 26 ans. Pendant sa première grossesse, elle présenta une forte dilatation veineuse. Déjà, quelque temps auparavant, ses veines

étaient gonflées au moment des grandes fatigues aux champs.

Elle n'accouche pas à terme, mais fait une F. C. de 6 mois 1/2 ; enfant mort-né.

Deuxième grossesse à 28 ans. F. C. de 6 mois 1/2 encore. Ses varices augmentent de nouveau de volume.

Troisième grossesse, quatrième, cinquième et sixième, toutes également F. C. de 6 mois 1/2. Enfants toujours morts.

Septième grossesse à 33 ans. Enfant vivant à terme (9 mois).

Huitième, neuvième, dixième, onzième grossesse, enfants nés à terme, mais morts tous les quatre de convulsions.

A cette onzième grossesse la malade a 47 ans.

Les varices étaient de plus en plus volumineuses, donnant des troubles fonctionnels de plus en plus marqués.

Il y a 10 ans, après un séjour de six semaines à l'hôpital, son ulcère, de la grandeur d'une paume, se ferme, et reste tel pendant 6 ans.

Puis il se forme de nouveau et est pareil après 4 ans.

Depuis 10 ans elle porte des bandes Velpeau pour ses varices, mais pour sa jambe droite seulement.

Le 3 juillet 1923, elle vient à l'hôpital.

*Traitement.* — Pommade T. O. B. sur ulcère de la jambe droite.

Vu ses antécédents personnels, ses nombreuses F. C. et ses enfants morts de convulsions, nous appliquons, sans hésiter, le traitement de MONTPELLIER et LACROIX, c'est-à-dire les injections de biiodure de mercure.

Première piqûre de biiodure de mercure à la jambe gauche, face antérieure, 1/3 infér., le 10 juillet 1923.

Autres piqûres à la jambe gauche, les 16, 21 juillet et 2 août, en allant toujours progressivement, de bas en haut. Action sclérosante nette.

Le 3 août, à la jambe droite, biiodure de mercure sous l'ulcère.

Les 4, 6, 7, 9 août, piqûres de Hg T<sup>2</sup> à la jambe droite. Tou-



FIG. V. — M<sup>lle</sup> H..., Thérèse. — **AVANT TRAITEMENT**

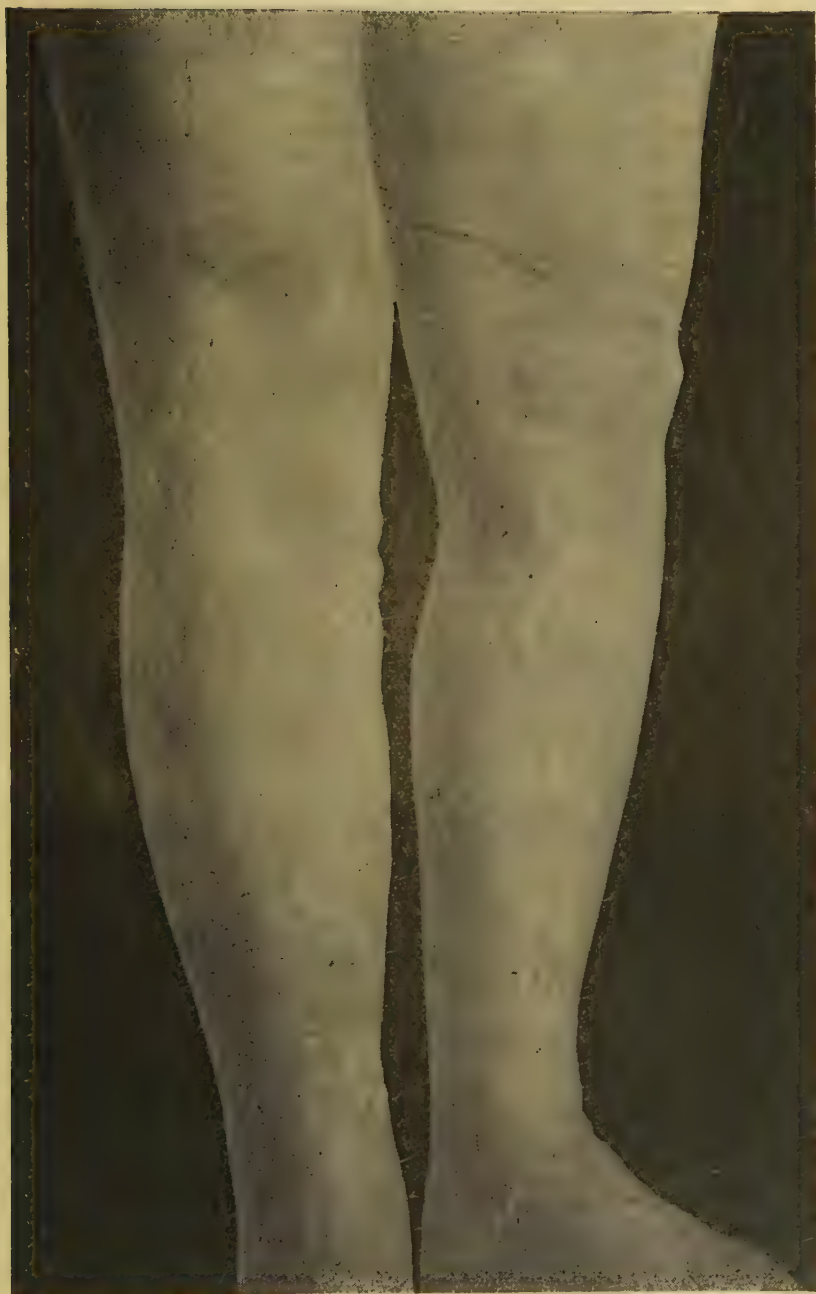


FIG. VI. — M<sup>me</sup> H. Thérèse. — **APRÈS TRAITEMENT**

jours très bons résultats. La dernière piqûre a provoqué au niveau de la malléole externe une escarre peu douloureuse, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, qu'on traite par la pommade T. O. B., comme l'ulcère. Elle met un mois à se cicatriser.

On nous objecta, à maintes reprises, « que nos piqûres de biiodure de mercure n'agissaient que comme médicament spécifique général et non local, et qu'il suffisait d'introduire le mercure dans l'organisme par tout autre voie, pour que les ulcères et les varices guérissent sur un terrain syphilitique ». Nous avons voulu nous rendre compte de cette action et nous avons fait cette expérience : la jambe gauche nécessitait, pour qu'il y ait guérison complète, la sclérose et la disparition d'un gros plexus variqueux situé à la face interne du tibia gauche, au 1/3 supérieur, sous le plateau tibial gauche. Nous fîmes notre dixième piqûre à ce niveau, abandonnant ainsi, pour quelques jours, la jambe droite, où nous venions de provoquer une escarre. Pour cette dixième piqûre nous employâmes le salicylate de soude à 40 %. L'injection poussée dans la moitié inférieure du plexus le sclérose totalement, fait disparaître les varices, et quelques jours après, il ne restait plus qu'une petite plaque indurée, invisible, sensible seulement au doigt.

La jambe est donc totalement guérie.

La piqûre suivante est faite à la jambe droite, et nous revenons au biiodure.

Le lendemain, 25 août, il se produit une poussée d'urticaire sur les jambes et les cuisses. Par endroits, ce sont de petites taches rouges comme dans l'érythème noueux. Le toucher ne provoque aucune douleur.

Nous cessons quelque temps notre traitement. Les 3 et 4 septembre, nous réinjectons dans les varices de la jambe droite du biiodure de mercure, 2 ou 3 cc. chaque fois. L'urticaire ne se reproduit plus.

Nous tenons à refaire sur la jambe droite l'expérience du salicylate de soude faite sur la jambe gauche.

Nous complétons donc la guérison de ce membre droit

par des injections de salicylate faites dans la position horizontale de la jambe, les 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14 septembre 1923. La malade est guérie. Elle sort le 22 septembre, après photo faite. Elle revient le 20 octobre, pour se reposer, car elle a travaillé aux champs, d'une façon pénible, depuis son départ de l'hôpital.

Des varices secondaires sont un peu plus apparentes depuis le 22 septembre.

Nous lui refaisons deux piqûres de biiodure, les 21 et 31 octobre. Elle repart, satisfaite, le 1<sup>er</sup> novembre.

RÉSUMÉ. — 1° *D'après la fig. VI on peut constater le résultat excellent obtenu par les injections phlébosclérosantes, tant sur l'ulcère que sur les varices.*

2° *On voit que le biiodure de mercure n'a pas seulement une action spécifique générale sur les varices et ulcères, mêmes syphilitiques. Il est évidemment préférable de l'employer sur des terrains syphilitiques, mais il agit dans la guérison des varices et ulcères, surtout par son action locale phlébosclérosante, comme le prouve bien notre expérience ci-dessus avec le salicylate de soude.*

---

3° *Des varices compliquées, d'ulcère variqueux plus ou moins étendu, de troubles trophiques cutanés (peau sèche, écailleuse, eczémas suintants et croûteux, exagération de sécrétion sudorale, hypertrichose et onychose.*

#### OBSERVATION VI

*Malade ayant varices aux deux jambes et ulcère variqueux à la jambe gauche depuis l'âge de 17 ans, après une fièvre typhoïde.*

*Réformé en 1914 pour des varices.*

*Réformé maintenu définitif en 1916 à cause de ses varices.*

M. Carb Jean, journalier, 45 ans, Sartrouville. Hospitalisé le 5 septembre 1923.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou collatéraux.

Comme antécédents personnels, il a eu la fièvre typhoïde à 17 ans, étant mousse, à Saint-Pierre et Miquelon. Sa fièvre dura quatre mois. Il eut une rechute et sa maladie dura donc huit mois en tout. Pendant sa convalescence il s'aperçoit de l'apparition de varices aux membres inférieurs.

A 20 ans, il est marin. Ses varices augmentent de plus en plus, mais ne le gênent pas considérablement au point de vue fonctionnel.

A 25 ans, il est pêcheur de morue à Terre-Neuve et a une vie très active.

A 29 ans, il se marie. N'a jamais eu d'enfants.

A 30 ans, cinq ans avant la guerre, il ne navigue plus, ses jambes ne le lui permettant plus. Il habite Bagnolet, où il trouve à gagner davantage.

A 35 ans, en 1914, passe le Conseil de réforme. EST REFORME POUR SES VARICES, temporairement.

En 1915, repasse une visite et est réformé définitif.

En 1916, est maintenu réformé définitif.

Ulcère variqueux de l'étendue d'une pièce de deux francs.

Ulcère un peu plus étendu que l'année précédente, malgré les soins, les pansements humides, les pommades.

Les bandes de diachylon le guérissent en un mois. L'ulcère est complètement fermé.

Deux mois après, s'engage comme matelot et va en République Argentine.

Pendant le trajet, l'ulcère réapparaît à la suite d'un coup Il a l'étendue de trois pièces de 5 francs accolées.

En République Argentine, va à l'hôpital, sort sans être

guéri. Se guérit pendant le trajet, en revenant en France.

En 1917, repart en Amérique du Nord jusqu'en 1918. Ne revient pas à cause des sous-marins. Il faut 4 mois 1/2 pour le voyage à voiles.

En 1919, va à l'Hôpital du Havre, où il guérit en 1 mois 1/2. Il reste alors retenu au Havre, comme infirmier, pendant 2 ans 1/2. Pendant ce temps son ulcère reste guéri.

En 1922, vient à Paris. Pas de travail stable.

En mars 1923, arrive à Sartrouville, comme charretier. En montant dans un tombereau, il se blesse légèrement. La peau est un peu écorchée et se produit une ecchymose. Un mois et demi après se forme un ulcère, qui s'étend à vue d'œil jusqu'à présent.

Le 5 septembre 1923, il vient à l'hôpital, car il a entendu dire que nous guérissions les varices.

*Traitement.* — Pommade T. O. B. sur son ulcère variqueux.

Bientôt après il bourgeonne et est rouge vif.

Nous lui conseillons, avant les piqûres, de se lever tôt et de marcher beaucoup, afin de mettre ses varices bien en relief.

Première piqûre de salicylate de soude à 40 %, à la jambe gauche, au-dessus de l'ulcère, le 7 septembre. Première piqûre très efficace.

Même chose les 11, 14, 15, 17, 22 septembre, 1<sup>er</sup> octobre.

L'ulcère se cicatrice pendant ce temps, sans autre traitement.

Le 3 octobre 1923, il sort complètement guéri de son ulcère, de ses varices et de leurs troubles fonctionnels.

RÉSUMÉ. — *Varices à la suite d'une infection générale et ulcère variqueux ancien guéris au moyen de 7 injections.*

OBSERVATION VII

*Femme obèse, 97 kigr. 500.*

*Varices depuis toujours.*

*Ulcère variqueux circulaire très large, jambe gauche.*

*L'ulcère circulaire avait l'étendue de 3 paumes.*

M<sup>me</sup> M. L..., Joséphine, Saint-Germain, 58 ans, domestique. Entrée à l'hôpital, le 22 septembre 1921, où on ne s'occupe pas d'elle spécialement. Le 20 octobre 1921, nous la prenons dans notre service.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 14 ans, régulièrement.

Mariée à 22 ans. Veuve à 29 ans.

F. C. à 22 ans, de 2 mois.

Pas d'enfants.

Métrorragies abondantes vers l'âge de 42 ans.

*Histoire de la maladie.* — A toujours eu des varices.

Pesanteurs le soir, crampes dans les mollets, fourmillements.

Rupture de varice il y a 30 ans : hémorragie abondante. Pas d'ulcère consécutif.

*Examen.* — Jambe gauche : ulcère depuis 10 ans, face interne d'abord, puis faisant le tour, au 1/3 inf. de la jambe. (V. calque).

Varices le long de la jambe et de la cuisse, face interne.

Jambe droite : ulcère depuis 7 ans, 1/3 inf. et la face interne.

Pèse 97 k. 500.

*Traitement.* — Pommade T. O. B. sur ulcères.

Première injection de carbonate de soude à 10 %, le 24 octobre 1921, puis les 25, 26, 27, 28 octobre, 3, 11 novembre, autres injections.

Pendant ce temps l'ulcère circulaire se cicatrise rapidement. La malade sort guérie le 21 novembre 1921. La cicatrisation est complète.

RÉSUMÉ. — 7 injections de carbonate de soude à 10 % ont suffi à guérir complètement la malade de ses varices et de son large ulcère circulaire. Son poids, en 15 jours, tombe de 97 kgr. 500 à 92 kgr. 500.

*La malade est très satisfaite.*

---

4° De varices sans troubles fonctionnels, dans un but esthétique ou dans un but prophylactique. — Le but esthétique est surtout recherché chez les femmes qui voient avec « désespoir », les saillies globuleuses soulever leurs bas et attirer désagréablement le regard vers cette affection disgracieuse.

#### OBSERVATION VIII

*Demoiselle de 25 ans, dans un but purement esthétique, se fait traiter les varices des membres inférieurs.*

M<sup>lle</sup> R..., Germaine, 25 ans. Saint-Germain.

Ne présente que des varices assez marquées à 15 cm. au-dessous du genou et remontant au-dessus du condyle interne de la jambe gauche.

Pas de gêne fonctionnelle, pas de troubles trophiques. Pas de menace d'aucune complication.

*Traitement.* — Première piqûre, le 22 mars 1922, 5 cc. de carbonate de soude à 10 %.

Deuxième piqûre, le 24 mars 1922, 5 cc. de carbonate de soude à 10 %.

Troisième piqûre, le 14 avril 1922, 5 cc. de carbonate de soude à 10 %.

Est guérie.

RÉSUMÉ. — 3 injections de carbonate de soude à 10 % ont suffi à guérir des varices inesthétiques sur la face interne de la jambe gauche. La sclérose fut éteinte et rapide.

A titre prophylactique, on soignera les variqueux, qui tôt ou tard, et d'une façon certaine, présenteront d'abord de la gêne fonctionnelle, puis les complications graves s'attachant à tout état variqueux.

#### OBSERVATION IX

*Jeune homme de 22 ans, ayant des varices de la saphène interne droite du genou au-dessous de la malléole interne.*

M...., concierge, 22 ans, Fourguez.

Aucun trouble fonctionnel, mais ses varices l'ennuient et il voudrait les voir disparaître. C'est à la suite d'un travail prolongé dans la position debout qu'il s'est aperçu de ses varices.

*Traitement.* — Première piqûre le 12 février 1923, de biiodure de mercure.

Nous employons le biiodure car, à cette époque, nous manquions d'ampoules de salicylate de soude et, d'autre part, nous avons remarqué que les injections de biiodure, même chez les non syphilitiques, donnaient des effets remarquables !

Deuxième piqûre le 15 février.

Dès ces deux premières piqûres le sujet nous dit spontanément sa satisfaction et son étonnement de la marche de la sclérose variqueuse.

Du 15 février au 16 mars nous lui faisons encore cinq injections. Guérison.

RÉSUMÉ. — *La guérison est absolue et complète par 7 injections de biiodure de mercure.*

*La rétraction des veines variqueuses se fait avec souplesse, sans douleur.*

*Le malade se sent plus léger et se chausse plus facilement.*

Nous pourrions citer pour chacune de ces catégories de varices des quantités d'observations qui atteignent au total le chiffre d'environ 80.

### CHAPITRE III

#### **Rôle adjuvant dans les cas de varices par troubles endocriniens**

Un point nous a frappé dans le cours de nos trois années : c'est que certains sujets réagissent très rapidement aux substances qu'on leur injecte, tandis que d'autres, malgré la diversité des substances et la quantité des piqûres, ne donnent aucun résultat positif. Si à ces sujets ainsi éprouvés, on prescrit des extraits glandulaires et mieux des extraits pluriglandulaires associés à des vasoconstricteurs, on voit la marche des varices et de leurs complications suivre une toute autre évolution et aboutir à la guérison rapide qu'on se proposait d'atteindre par les injections seules.

#### OBSERVATION X

*Femme opérée de goître (kyste de la glande thyroïde).  
Après l'opération, des varices qu'elle avait déjà, mais  
peu dilatées, se montrent beaucoup plus volumineuses.*

*On lui prescrit un traitement opothérapique contre l'insuffisance thyroïdienne qu'elle présente.*

*Des piqûres phlébosclérosantes lui sont faites comme médication adjuvante.*

M<sup>me</sup> P..., Del., 34 ans. Saint-Germain. Ménagère. Entre à l'hôpital le 20 avril 1921.

Sa mère avait des varices.

Pas d'antécédents pathologiques.

A 19 ans, elle s'aperçoit de l'existence de varices dilatées à la jambe droite.

A 23 ans, premier enfant. Les veines augmentent pendant la grossesse.

Après l'accouchement, les veines diminuent beaucoup.

Pendant les trois gestations suivantes les varices augmentent de volume.

Deux mois avant son quatrième accouchement elle reste deux mois couchée, la jambe allongée et immobile, tant celle-ci était gonflée.

Le 28 avril 1921, elle est opérée de goitre (kyste de la glande thyroïde à gauche).

Tout se passe très bien, sauf la température élevée quotidienne qui paraît être due à un trouble de thermorégulation, dû lui-même à une insuffisance, ou tout au moins à des troubles endocriniens (thyroïde-ovaire).

On lui prescrit un traitement opothérapique (extraits thyroïdien, ovarien et hypophysaire).

Vers le 20 mai, la malade se lève. Ses varices sont très dilatées, beaucoup plus qu'avant l'opération sur la glande thyroïde. (On perçoit là d'une façon palpable le rôle prépondérant que jouent les glandes endocrines sur l'évolution des varices).

*Examen.* — Ces varices s'accompagnent de phénomènes fonctionnels désagréables. La malade a des fourmillements, des crampes, de la pesanteur dans la jambe droite, surtout après une marche ou une fatigue.

Des cordons variqueux se montrent très dilatés sur la face interne et postérieure de la jambe droite remontant jusqu'au creux poplité.

*Traitement.* — Nous pensons, à juste titre, que des troubles de sécrétion de la glande thyroïde ne sont pas étrangers à cette dilatation marquée et rapide des parois veineuses. On renforce le traitement opothérapique.

Devant la netteté et l'importance des symptômes fonctionnels, nous n'hésitons pas à recourir aux injections phlébosclérosantes de carbonate de soude.

Le 6 juin 1921, injection de 10 cc. de carbonate de soude à 10 %.

Deuxième et troisièmes piqûres les 8 et 10 juin.

Dès ces premières injections la malade se trouve mieux.

Au début de juillet la malade subit une seconde opération sur la glande thyroïde (autre kyste du côté droit). En même temps on lui résèque la cicatrice de la première opération qui était chéloïde — *autre signe de troubles endocriniens.*

Nous ne reprenons les injections intravariqueuses que le 15 août. Nous avons cessé à cause de la température exagérée consécutive à la seconde opération. Cette dernière piqûre produit une petite escarre, qui mit plusieurs mois à se cicatriser. L'absorption des extraits opothérapiques est toujours continuée.

Dernière piqûre intravariqueuse le 20 octobre 1921.

La malade sort de l'hôpital très améliorée.

**RÉSUMÉ.** — *Malade à troubles endocriniens ; goître. Thermorégulation anormale (moyenne de 38° tous les jours), cicatrice chéloïde, varices très dilatées après opération du goître.*

*Traitement par les extraits ovariens, hypophysaires, thyroïdiens. Médication adjuvante : carbonate de soude, phlébosclérosant local. La malade est très améliorée.*

La Phlébosine Carrion nous a donné dans les cas d'insuffisance, des effets très satisfaisants et les plus remarquables succès. Ce produit, préparé dans les Laboratoires bien connus de Biologie appliquée, est un composé d'extrait ovarien ou testiculaire selon les malades, d'extrait thyroïdien, hypophysaire surrénal, d'hamamelis, d'hydrastine et de marron d'Inde, à doses nécessaires et suffisantes. Nous citerons à ce sujet deux observations convaincantes :

#### OBSERVATION XI

*Femme présentant des varices des membres inférieurs, peau pigmentée, luisante, tendue. Cicatrices d'anciens ulcères.*

*OEdème des deux chevilles, très marqué à la fin de la journée.*

*Elle souffre beaucoup de ses jambes : sensation de pincement, crampes, grande pesanteur, fortes douleurs au niveau du 1/3 inf. des jambes, non exactement localisables en un point. « Ses jambes sont très douloureuses. »*

M<sup>me</sup> Al..., D..., Saint-Germain. 47 ans, ménagère. Venue à l'hôpital, le 25 septembre 1922.

Elle a un frère qui a des varices.

Comme antécédents : elle a eu du rhumatisme articulaire aigu à 26 mois. Elle resta alitée 2 mois.

Fut réglée à 16 ans.

Mariée à 20 ans.

A eu 7 enfants, 5 sont vivants. 2 morts à 1 mois et 3 ans.

A une fille de 23 ans qui a des varices.

Première grossesse à 21 ans. A chaque grossesse les varices augmentent de volume.

A 34 ans, à l'avant-dernière gestation, une phlébite se déclare. Elle reste un mois alitée. Sa jambe est très enflée et très douloureuse.

A 42 ans, quelque temps avant son dernier accouchement, ses jambes enflent très fort. Elle a de grosses varices. Un ulcère apparaît et prend de l'extension.

L'ulcère disparaît bientôt, mais il se reforme une 2<sup>me</sup> et 3<sup>me</sup> fois. La guérison persiste depuis un an.

*Examen.* — Jambes oedématisées. Peau pigmentée par endroits, luisante, mince, tendue. Les trainées bleuâtres parcourent le membre. Des varices très dilatées apparaissent par places, souples, dépressibles, bleutées, ayant peu d'étendue. De petits placards d'eczéma sec se voient à la partie inférieure des jambes, au niveau de leur enflure.

La peau est parsemée de taches rouges et de capillaires veineux réunis en amas.

La malade souffre beaucoup de ses jambes. Elle ne sait à qui se recommander pour être soulagée. Elle ressent des crampes, de la pesanteur, des douleurs sourdes, des fourmillements. Le soir, ses souffrances redoublent.

*Traitement.* — Elle a essayé les bandes Velpeau, les bains de pieds chauds, les massages dans le bain. Rien n'améliore son état.

Le 25 septembre 1922 nous lui faisons une 1<sup>re</sup> piqûre de salicylate de soude à 40 %.

Puis, les 29 septembre, 3, 6, 10, 17, 24, 27, 31 octobre. Ces injections la soulagent, les jambes sont plus légères, elles enflent moins, la marche est plus facile. Mais ce n'est pas encore l'idéal et la guérison n'est pas encore atteinte.

Nous continuons nos piqûres, espérant la remettre dans un meilleur état.

Les 3, 7, 15, 21 novembre, 5, 15, 26, 29 décembre, les injections intravariqueuses lui sont faites. La marche reste encore difficile et douloureuse.

Elle revient nous voir en février, mars, avril, mai. Nous lui refaisons quelques rares piqûres, mais avec l'impression qu'elle ne va pas mieux. Nous lui conseillons les

bains, les massages, la position horizontale des jambes. Enfin, en mai, nous lui conseillons l'opothérapie surrénale et les vaso constricteurs habituels, en particulier la Phlébosine Carrion.

La malade revient nous voir 10 jours après, améliorée. Nous l'engageons à continuer notre traitement et à revenir « si ça n'allait pas ». Nous ne la revoyons plus, persuadé qu'elle s'est trouvée bien de l'opothérapie.

## OBSERVATION XII

M<sup>me</sup> V..., Augustine. Saint-Germain. Ménagère, 61 ans. Nous l'entreprenons le 12 avril 1923.

L'an dernier, un ulcère de la face externe de la jambe gauche au 1/3 inf. a disparu par des injections de carbonate de soude.

A la jambe droite elle eut, pendant 3 ans, un ulcère à la face interne au 1/3 inf. Il se cicatrisa l'an dernier, sans piqure.

*Examen.* — Petit ulcère de l'étendue d'une pièce de 50 centimètres au niveau de la malléole interne gauche. Cet ulcère dure depuis 2 ans.

Varices peu apparentes par suite d'œdème de la jambe.

Empâtement des chevilles et du mollet, tissu cellulaire dur. Peau violacée, eczémateuse.

*Traitement.* — Pour diminuer l'œdème nous injectons sous la peau de la jambe un milligramme et demi d'adrénaline en solution au millième, à 5-6 endroits différents. Nous obtenons de bons résultats sur l'œdème.

Pour mettre les varices en apparence nous faisons des godets avec le doigt et nous y injectons du biiodure de mercure quand elles sont découvertes.

*Ces piqures ne donnent pas grand'chose. Nous n'en faisons plus depuis le 16 mai. Le 15 juin, nous préconisons les extraits de glandes endocrines et les vaso constricteurs, en particulier la Phlébosine Carrion. La malade revient nous voir, satisfaite.*

*Son petit ulcère, jusqu'alors rebelle, se cicatrise,*

Nous savons, en effet, depuis les travaux de VILLARET, SAINT-GIRONS, GRELLETY-BOSVEIL et LÉON MABILLE, par la recherche de la tension veineuse, qu'il existe des états variqueux dus à des troubles endocriniens, ayant leurs caractères bien spéciaux et prenant une place bien nette dans la nosologie des varices. Les sujets ainsi atteints, présentent le tableau de l'hypophyxie si bien décrit par MARTINET : « Aux membres inférieurs, les signes objectifs sont un empâtement des chevilles, du mollet, un tissu cellulaire dur comme chez les myxœdémateux. La peau violacée est parsemée de grosses taches rouges ou d'une masse de petits capillaires veineux réunis. Les téguments sont froids. Il y a des engelures, de l'augmentation du volume vespéral, de fréquents troubles trophiques (eczéma, ulcères, etc., etc.). Les symptômes subjectifs sont : la fatigue de la position debout, sensation de lourdeur, de crampes, d'élancements douloureux, de brûlures de la peau, de sensibilité extrême des veines. Les modifications de la pression différentielle suivant les attitudes sont restreintes, sans grande élévation de la maxima et de la minima dans les positions debout et couchée. La viscosité est élevée : 5 au minimum. Le rapport sphygmo-viscosimétrique est inférieur de beaucoup à 1,5, étant donné la faible pression différentielle (1).

L'évolution de ce type de désordre veineux, vers l'insuffisance valvulaire est parfois longue. On la suit par la modification progressive de la pression différentielle dans les positions debout et assise, de l'index oscillométrique, des maxima et des minima avec accentua-

---

(1) LÉON MABILLE. (*Journal Médical Français*, Septembre 1922).

tion localisée généralement d'un côté, le plus souvent à gauche.

Nous n'avons pas relevé au moyen de l'appareil de PACHON, ces mesures dont parle M. LÉON MABILLE et nous n'avons pas établi de graphiques, mais nous basant sur la clinique seule, sur les phénomènes objectifs et subjectifs que nous venons de décrire, nous avons établi le diagnostic d'hyposécrétion endocrinienne qui nous fut confirmé par le traitement d'épreuve au moyen de la *Phlébosine Carrion*.

Comment, chez ces sujets, explique-t-on la marche vers l'insuffisance valvulaire et la formation des varices ? C'est l'hypertension veineuse qui en est la cause, et c'est sur ce point que MM. VILLARET, SAINT-GIRONS et GRELLETY-BOSVEIL, ont insisté tout particulièrement dans leur description du syndrome d'hypertension veineuse, avec acrocyanose et insuffisance ovarienne. Il faut la coexistence des trois symptômes et si l'un vient à manquer les deux autres n'existent plus. En effet, dès que l'on s'aperçoit d'une hypotension veineuse, avec l'acrocyanose, on sait, par le traitement d'épreuve opothérapique, qu'il s'agit non plus d'insuffisance ovarienne, mais bien d'hypérovarie caractérisée cliniquement par des métrorragies abondantes, des troubles vertigineux, etc.

L'hypertension veineuse, qui fait donc partie intégrante de ce syndrome, produira facilement, et en un temps plus ou moins long, la dilatation continue des veines et écartera les bords valvulaires en même temps qu'elle altérera les parois vasculaires par cette stase sanguine. L'action sclérosante de nos injections serait ici accessoire et adjuvante dans les cas de « veines for-

cées » ; meilleur et plus logique est, de s'attaquer à la cause, c'est-à-dire à l'insuffisance ovarienne et de la guérir par l'opothérapie et les vaso constricteurs de la fibre lisse.

Voici une vieille observation intéressante qui illustrera cette courte étude. Elle fut faite par J. C. GIROD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et rapportée par ROUBY, dans sa thèse de 1867 :

« Une jeune fille de 13 ans a des varices situées sur un des membres supérieurs. Vu la suppression des menstrues, on croit que ces varices sont causées par cette absence de règles. On applique bien un bandage sur toute l'étendue du membre malade, mais la douleur, l'oppression, les maux de tête ne tardent pas à apparaître. On supprime alors le bandage. GIROD dirige ses vues du côté de l'écoulement périodique pour chercher à le rétablir. Par différents moyens, on ramène peu à peu les menstrues. On applique ensuite un bandage sur le bras, siège des varices. Elles guérissent très rapidement. »

Comme on le voit, c'est empiriquement qu'on attribuait autrefois les varices à des phénomènes d'hypoo-varie. Aujourd'hui nous connaissons, par des appareils, l'hypertension veineuse attachée à ce syndrome. L'exemple ci-dessus montre que depuis longtemps on avait remarqué que la fonction ovarienne n'est pas sans importance pour la bonne circulation du sang et le bon fonctionnement de l'appareil circulatoire veineux et artériel.

---

## QUATRIÈME PARTIE

---

# Étude thérapeutique

---

## CHAPITRE PREMIER

### **Propriétés, préparation et posologie respectives des substances sclérosantes**

#### A. — LE CARBONATE DE SOUDE

Le carbonate de soude est un sel fortement alcalin. Il fut choisi par M. SICARD, de préférence à la soude caustique, parce qu'il est inoffensif comme toxicité. inscrit sur le formulaire magistral comme antigraveleux et antiarthritique et possédant, par conséquent, une action locale et générale. Depuis plus de 10 ans, on l'emploie en injection intraveineuses, mais en solutions très diluées, dans le traitement des accidents acidotiques du diabète. (LÉPINE, Marcel LABBÉ, SICARD, RATHERY, BLUM, etc.).

C'est le carbonate neutre de sodium cristallisé officinal qui sert à la préparation des solutions phlébosclérogènes que nous employons. Il renferme 10 molécules d'eau.

C'est à M. MOREAU, chef de laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain, que nous devons la préparation de nos solutions. Nous le remercions pour tout le soin et l'attention qu'il y a apportés.

Voici comment l'on procède. A 100 grammes de carbonate de soude cristallisé, chimiquement pur, pesé minutieusement, et déposé dans un cristalliseur stérile passé au Poupinel à 140°, on ajoute 1.000 grammes d'eau bidistillée. La fonte du sel est rapide et totale. On filtre sur papier stérile.

Dans ce liquide filtré, recueilli aseptiquement, on place verticalement l'extrémité ouverte en bas, des ampoules de 10 ou 15 cc. stérilisées au Poupinel. Ces ampoules sont en verre non coloré, dur, neutre, non attaquable par les acides ni les alcalins. Si le verre n'avait pas ces qualités, il donnerait par l'action prolongée du carbonate de soude, un précipité floconneux d'acide silicique dont l'injection serait susceptible de produire des phénomènes de crise colloïdologique.

Le cristalliseur ainsi garni est porté sous une cloche de machine pneumatique où on fait le vide dans les ampoules, en même temps qu'à la surface de la solution. Une fois le vide opéré, on laisse pénétrer peu à peu de l'air filtré pour que la pression atmosphérique, agissant sur le liquide, remplisse les ampoules où l'air avait été raréfié. On retire les ampoules, on ferme l'extrémité à la lampe et on les stérilise de nouveau par

tyndallisation à 80° pendant une demi-heure, quatre jours consécutifs. Elles sont alors livrées aux praticiens pour être injectées.

Ces ampoules renferment 10 cc. d'une solution à 10 pour cent. Parfois, et surtout pour la première piqûre, nous employons 5 ou 10 cc. d'une solution à 5 pour cent. Dans la suite, nous prenons des ampoules de 15 cc. à 15 pour cent.

Ces différentes doses demandent naturellement des préparations spéciales pour chacune. Nos injections sont répétées à 2 ou 3 jours d'intervalle.

Le carbonate de soude est un très bon phlébosclérogène non toxique, mais son emploi présente quelques difficultés. Son affinité pour l'eau le rend très escarrotique. La moindre trace de solution ou de sang carbonaté, sortie de la veine injectée, est nécrosante et escarriante. Les escarres, ainsi formées, si elles ont la moindre étendue, sont très douloureuses et guérissent difficilement en plusieurs mois. Comment remédiera-t-on à cet inconvénient ?

Avant de faire l'injection intravariqueuse, on se munira de 2 seringues : une de 2 cc. et une de 10 cc. et d'une aiguille de Collin à injection intraveineuse à biseau court. On remplira la seringue de 10 cc. de la solution alcaline et la seringue de 2 cc. de sérum physiologique stérile, conservé dans un flacon bien bouché, ou mieux en ampoules. On injecte d'abord le sérum, puis le carbonate de soude. Nous donnerons plus loin la technique de cette injection. On évite ainsi tout danger d'escarre.

Nous avons parlé plus haut de sa toxicité, ainsi que de celle du salicylate de soude, du biiodure de mercure et du chlorhydrate de quinine. Nous avons vu qu'elle était nulle et qu'il avait même des propriétés avantageuses pour l'état général.

En effet, le carbonate de soude a des *propriétés anti-anaphylactiques*, capables de rendre à l'organisme l'équilibre humoral troublé par une substance endogène ou exogène produisant la colloïdoclasie.

La solution de carbonate de soude « réussit souvent, là où toutes les autres méthodes thérapeutiques ont échoué, régimes alimentaires, physiothérapie, adrénaline, peptones *ante prandium*, bromure, salicylate de soude, gardenal, luminal, ou tous produits divers à base d'analgésiques, etc. » (SICARD).

Le carbonate de soude « n'est pas seulement apte à combattre les crises de migraine, mais encore, on peut l'employer avec succès dans l'asthme, dans l'urticaire, ainsi que les affections prurigineuses. » « Ce traitement, affranchi de tout danger local ou général, réalise une sorte de cure de Vichy artificiel qui modifie le plasma sanguin, rompt la dyscrasie humorale et s'efforce par le shock occulte, ou cliniquement objectivé, que détermine l'injection saline, de rétablir l'équilibre normal de l'organisme. » (1).

Le carbonate de soude, en tant qu'alcalin, a une action marquée sur l'hyperchlorhydrie. Un cas de guérison d'hypersécrétion gastrique a été signalé avant

---

(1) J. A. SICARD. — Traitement de la Migraine par les injections intraveineuses de carbonate de soude. (*Gazette Médicale du Centre*, 15 juillet 1922).

nous par MM. SICARD et PARAF. Nous en avons observé un cas également (Voir Observation XIV).

De même, une femme se plaignant de malaises, de douleurs vagues dans les membres, pesant 97 kilos, obèse, grosse mangeuse, présentant un énorme ulcère variqueux circulaire avec des taches d'eczéma aux membres inférieurs, fut complètement guérie de ses troubles fonctionnels et de son ulcère après quelques piqûres de carbonate de soude, intravariqueux, et maigrit de 5 kilos en 15 jours, ce qui fut très apprécié d'elle. (Voir Observation VII).

L'escarre, toujours possible par faute de technique dans l'injection du carbonate de soude, fit reléguer cette substance au second plan. On adopta, en général, depuis la publication de M. SICARD, en décembre 1922, le salicylate de soude.

#### B. — SALICYLATE DE SOUDE

Le salicylate, en effet, n'est pas escarrotique comme le carbonate, et point n'est besoin de prendre autant de précautions. Ce sel est bien un peu irritant quand il est injecté hors de la veine en quantité suffisante et à concentration voulue, mais ne produit pas d'escarre. Il fut choisi, après maints essais avec le chlorure de calcium, l'hyposulfite de soude, etc.

Il jouit d'une action locale et générale. A la concentration de 30 pour cent, il est phlébosclérogène. C'est un antirhumatismal, un analgésique, et un antigoutteux par son action solubilisante de l'acide urique.

Ces propriétés générales sont très appréciables et

souvent nos variqueux auront à en tirer parti, car, fréquemment, les altérations veineuses apparaissent sur un organisme touché par l'infection rhumatismale, ou en proie à l'intoxication endogène.

Citons le cas d'une femme guérie de ses migraines après quelques injection de salicylate de soude.

### OBSERVATION XIII

*Femme ayant varices à la jambe gauche.*

*Migraines marquées depuis quelques mois, guéries par les injections intravariqueuses de salicylate de soude à 40 %.*

M<sup>me</sup> E..., Just., ménagère, 52 ans. Rueil.

Comme antécédents collatéraux : elle a une sœur qui a des varices.

Comme antécédents pathologiques : Fièvre typhoïde à 16 ans. Variole. Grippe en 1917. Purpura à 30 ans. Congestion pulmonaire en 1918.

2 enfants morts : 1 de croup, 1 d'accident.

Ménopause depuis 18 mois.

*Histoire de la maladie.* — Pendant la guerre, elle fut facteur. Elle dut quitter son emploi par suite de l'apparition de varices.

Elle trouve que ses varices ont augmenté de volume depuis sa ménopause.

Elle a continuellement des céphalalgies, des migraines. Elle vient nous voir à l'hôpital, le 6 novembre 1923.

*Examen.* — Varices de la jambe gauche au niveau de la saphène interne située entre le 1/3 moyen de la jambe et la moitié de la cuisse.

*Traitement.* — Le 6 novembre 1923, 1<sup>re</sup> piqûre à la jambe gauche, face interne, de salicylate de soude à 30 %.

Après quelques injections de salicylate à 40 %, les 10,

13, 15 novembre, elle annonce que ses migraines ont disparu.

Le 13 décembre 1923 on lui fait une dixième piqûre de salicylate à 40 %. Reviendra se faire voir plus tard.

Le résultat est très bon. La malade a les jambes « plus légères ».

RÉSUMÉ. — *Migraines guéries par le salicylate de soude. Bons effets locaux de cette substance phlébo-sclérosante.*

Les ampoules de salicylate de soude se préparent comme celles de carbonate, ainsi que nous l'avons vu précédemment. Ces ampoules sont de 2 cc., en verre coloré, dur, pleines pour éviter l'action de l'air, et tyndallisées à 100°, 3 jours consécutifs.

Les solutions qu'elles renferment sont de 20, 30, 40 pour cent. Ces solutions sont visqueuses. Elles sont à rejeter si elles sont colorées en brun, coloration due à l'action de l'oxygène de l'air.

On se sert, pour ces solutions, du sel cristallisé, chimiquement pur, soit 20, 30, ou 40 gr., auxquels on ajoute de l'eau bidistillée q. s. pour 100 cc.

Ce sel ne met pas complètement à l'abri des accidents qui peuvent résulter de l'injection à taux suffisant dans le tissu périveineux, mais ces accidents sont beaucoup moindres que ceux qu'on obtenait avec le carbonate de soude. C'est pour cette raison de simplicité et de facilité qu'il est préféré.

LUTENBACHER, GILBERT, COURY, BERNARD, LESNÉ, WEILL-HALLÉ, GUINON, ont montré l'innocuité, au point

de vue général, de l'injection intraveineuse du salicylate de soude. Ces mêmes auteurs ont étudié l'action favorisante de ce sel sur la guérison du rhumatisme articulaire aigu et de la sciatique. A la dose, et de la façon dont nous l'employons, nous n'avons jamais eu de choc hémoclasrique.

### C. — BIODURE DE MERCURE

Le biiodure de mercure a été employé par MONTPELLIER et LACROIX (d'Alger). Ceux-ci en ont publié les avantages dans la *Presse Médicale* du 1<sup>er</sup> mars 1922, donc, avant la divulgation de l'emploi du salicylate de soude par M. SICARD.

L'application du biiodure de mercure à la fibrose curative des varices était très intéressante à ce moment-là, car elle simplifiait la méthode qui présentait quelque inconvénient, vu la formation toujours possible d'escarre. A présent qu'on emploie le salicylate de soude, le biiodure a cependant gardé tout son intérêt : il est extrêmement utile aux nombreux syphilitiques variqueux ou ulcéreux, et il est sous la main de tous les praticiens, surtout depuis la guerre.

Le biiodure de mercure est un antisyphilitique et un antiseptique puissants. SOULIGOUX le préconise, en effet, à raison, dans toutes les infections (fièvre puerérale, furonculose, anthrax, etc.). C'est encore un diurétique et un laxatif, en tant que composé mercuriel. C'est donc un excitant de l'élimination des déchets de l'organisme.

On l'emploie en ampoules, fabriquées comme précédemment, et contenant chacune :

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| Biiodure de mercure..... | 1/2 cgr. |
| Iodure de sodium.....    | 1/2 cgr. |
| Sérum physiologique..... | 1 cc.    |

Ces ampoules sont en verre coloré, conservées à l'abri de la lumière, car il est altérable à la lumière. On injecte, en une fois, de 1 à 3 cc. de solution, donc, un cgr. 1/2 de biiodure au maximum, dose complètement inoffensive.

Peut-être, selon l'espoir de MONTPELLIER, arrivera-t-on, vu l'innocuité du médicament, « à guérir certains angiomes næviques ou autres, certaines lymphangiectasies et quelques anévrismes artérioveineux et surtout cirsoïdes ». Ce serait, d'ailleurs, arriver au but que s'était proposé PRAVAZ, en découvrant sa seringue, et en l'utilisant pour les injections de perchlorure de fer dans les anévrismes, qu'il pensait guérir par coagulation chimique et oblitération consécutive.

#### D. — CHLORHYDRATE DE QUININE

Le chlorhydrate de quinine fut utilisé en grande quantité pendant la guerre, en injections intraveineuses. Dès 1917, GENEVRIER avait remarqué l'induration et la transformation, en cordon fibreux, de la veine piquée.

En mars 1918, il signale la quinine comme applicable au traitement des varices. En octobre 1922, en même temps que MM. SICARD et PARAF, pour le salicylate de soude, et peu après, M. MONTPELLIER, pour le biiodure

de mercure, GENEVRIER fait une publication de ses heureux résultats.

Le chlorhydrate de quinine est préparé en solutions stérilisées et en ampoules contenant chacune :

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Chlorhydrate de quinine..  | 0 gr. 40 |
| Uréthane .....             | 0 gr. 20 |
| Eau distillée q. s. p..... | 3 cc.    |

C'est le médicament spécifique du paludisme. C'est en même temps un très bon tonicardiaque, un régulateur du cœur, un antithermique et un analgésique. Il sera, bien entendu, employé de préférence aux autres substances pour la sclérose chez les paludéens.

GENEVRIER injecte, en une séance, une ou deux seringues de 3 cc. en faisant 7 ou 8 injections différentes le long du tronc variqueux et injectant, chaque fois, 1/4 de cc. La dose maxima, en une séance, est donc de 0 gr. 80 de quinine. Pour une deuxième séance, le malade revient une semaine après. Il est rare qu'on dépasse trois séances dans le cas de très volumineuses varices.

Nous n'avons pas, personnellement, l'expérience de ce sel, mais les résultats en paraissent excellents.

GENEVRIER fait reposer au lit, pendant trois jours, les malades atteints d'énormes varices. Son expérience de 4.000 injections jusqu'à 1922 ne lui a donné aucun accident à déplorer.

---

## CHAPITRE II

### Instrumentation

L'outillage et l'appareillage nécessaires aux injections variqueuses sont simples. Tout d'abord, où placera-t-on le malade ?

a) A L'HOPITAL, on le fera asseoir sur une table de pansements ou sur une table ordinaire, les jambes pendantes et les pieds reposant sur un tabouret immobile. Ou bien, on fera mettre le malade debout, sur un escabeau solide ou sur une table. M. SICARD a fait fabriquer, pour son service, une table avec matelas imperméable, et de chaque côté, deux rampes obliques sur lesquelles s'appuie le malade. Si ce dernier ressent une douleur ou présente des phénomènes de lipothymie, ce qui est très rare, il se couche de suite sur la table qu'il a sous lui. Par propreté, pour éviter que le sang, qui coule par l'orifice de la piqûre, ne vienne souiller le matelas, on place sous les pieds du malade un récipient plat qui recueille le sang.

b) EN CLIENTÈLE, on fera mettre le malade debout sur une table ordinaire, dans un coin de mur, pour

qu'il puisse s'appuyer, ou on le fera asseoir sur la table, les pieds reposant sur une chaise. Dans les campagnes, où les lits sont parfois très élevés, on le fera asseoir au bord du lit.

Comme instruments, on aura : deux seringues de verre de LUER pour les injections de carbonate de soude : une de 2 cc. et une de 10 ou 20 cc., avec embout, et aiguille de COLLIN en nickel de 6/10<sup>me</sup> de millimètre de calibre pour ponction veineuse, c'est-à-dire, à biseau court et piquant très bien. Si elle ne pique pas parfaitement, on repousse la veine au lieu de la ponctionner, ou bien on la transperce de part en part par la pression qu'il faut exercer.

Pour le salicylate de soude et le biiodure de mercure, une seringue de 2 cc. est suffisante avec l'aiguille de COLLIN de 6/10<sup>me</sup> de millimètre.

Pour le chlorydrate de quinine, il faut une seringue de 10 cc. et un embout.

On aura soin de garder toujours dans sa « trousse, pour injections intravariqueuses », 4 ou 5 ampoules de 1/2 millig. d'*adrénaline* qu'on injecte sous le derme du malade, s'il présente, après la piqûre intravariqueuse, une crise nitritoïde comparable à celle produite parfois par les novarsénicaux, observée par nous pour le carbonate de soude et due peut-être à une hémolyse rapide, une leucopénie et une hypotension brusque. Si la crise dure, on injecte dans une veine la rinçure de la seringue, vidée dans le derme.

Un garrot de caoutchouc sera parfois nécessaire.

---

## CHAPITRE III

### **Technique opératoire**

La technique est un des principaux facteurs de succès, aussi la décrirons-nous avec insistance. Nous recommandons la plus grande attention aux différents temps de l'injection à ceux qui désirent mettre en pratique la méthode de SICARD et en faire bénéficier les variqueux. Les accidents observés jusqu'à présent sont dus à des fautes de technique, les reproches adressés à la méthode se basent sur une mauvaise application du traitement. Il faut donc l'utiliser avec soin.

#### 1° PRÉCAUTIONS

Tout d'abord, et c'est un des plus grands points sur lequel il faut revenir continuellement, il est indispensable d'injecter dans la varice, — et non à côté, — la totalité du liquide phlébosclérosant. Ceci est tellement important pour le carbonate de soude, qu'on se sert d'une ampoule-épreuve de sérum physiologique. On injecte en effet, au moyen d'une seringue de 2 cc. une certaine quantité de sérum. Quand on est dans la veine, le sang reflue du vaisseau dans la seringue à travers l'aiguille. On pousse alors un peu brusquement le sérum.

Si on est bien dans la varicé, et seulement dans la varice, le liquide disparaît sans laisser de trace, sinon, il forme une boule d'œdème que l'on voit grossir, ou bien la veine augmente de volume sur 1 ou 2 cm. de longueur. On est alors totalement dans la périveine, ou moitié dans la veine et moitié dans la périveine. Il faut, dans ce cas, injecter immédiatement, au même endroit, 20 cc. de sérum physiologique qui diluera le liquide caustique et atténuera ainsi les douleurs et la *nécrose*. On appliquera également un pansement humide et chaud, renouvelé plusieurs fois par jour. S'il se forme, malgré cela, une phlyctène ou une escarre, elles seront pansées avec des corps gras, par exemple, la pommade suivante que nous appelons pâte T. O. B. :

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Talc .....          | } <i>aa</i> 25 gr. |
| Oxyde de zinc.....  |                    |
| Vaseline .....      |                    |
| Lanoline .....      |                    |
| Baume du Pérou..... | 5 gr.              |

Si le liquide s'est écoulé sans encombre, on retire doucement la petite seringue en laissant l'aiguille immobile en place. Le sang s'écoule, goutte à goutte, par l'aiguille. On y adapte la grosse seringue de 10 cc. remplie de solution carbonatée à 10 % et munie d'un embout. Le sang y reflue et l'aiguille toujours immobile dans la veine, on pousse la solution lentement. Quand tout est injecté, on attend une minute avant de retirer l'aiguille afin que le courant de sang carbonaté soit emporté et qu'il ne s'infiltre pas dans le tissu péri-veineux, par l'orifice des piqûres.

Les injections de salicylate de soude, de biiodure de

mercure, de chlorhydrate de quinine ne présentent rien de spécial et seront faites selon la technique courante.

Avant de retirer l'aiguille, on appuie légèrement avec une compresse sur l'orifice d'entrée de cette aiguille et on retire brusquement. De cette façon, si une goutte de sang s'extériorise, elle est époncée aussitôt. La veine étant comprimée, le sang y est absent ou raréfié. Au bout de deux minutes de compression, le sang n'apparaît plus par l'orifice de la piqure. On dit au malade de se lever et de retourner à ses occupations.

## 2° POSITIONS

On pratiquera les injections intravariqueuses dans quatre positions principales, le sujet étant debout, assis, couché, ou la jambe soulevée obliquement, selon les cas.

a) DEBOUT, le malade présente des varices dilatées au maximum sous le poids de la colonne sanguine qui les surmonte. Cette position est souvent employée. Elle est indispensable quand la veine est enrobée d'une nappe de graisse, comme il arrive fréquemment chez la femme, ou bien encore quand ses parois fines et flasques restent accolées l'une à l'autre, quand aucune pression sanguine ne les sépare. Cette particularité est fréquente au pourtour de l'ulcère variqueux.

b) ASSIS, le malade est mieux à l'aise. Il est assis sur une table d'examen ou de pansements, les jambes pendantes, les pieds reposant sur un tabouret. On commence le traitement par la partie inférieure de la varice ou par l'ampoule la plus basse située, de façon à sclé-

roser le vaisseau progressivement, de bas en haut. Si une piqure ne produit aucun effet, il est bon de la recommencer au même niveau en ayant soin de raréfier le sang de la colonne veineuse. Pour ce faire, le membre inférieur est étendu dans une position horizontale, ou bien le malade est couché sur la table.

c) COUCHÉ, celui-ci présente des varices mollasses, non élastiques, avec des dépressions plus profondes au niveau des ampoules les plus volumineuses. Dans cette position, le sang est peu abondant dans les veines flasques. Nous faisons mettre le malade dans cette position, parce que, disions-nous précédemment, l'injection n'avait pas déclanché les effets qu'on en attendait. L'injection n'avait pas agi, parce que la solution injectée dans le vaisseau s'est mélangée immédiatement au sang qui est plus abondant dans les veines par la position assise que couchée. Le sang étant raréfié par l'horizontalité du membre, la substance à concentration suffisante atteindra l'endoveine et l'irritera de façon à produire sa rétraction par la fibro-contraction des éléments de la paroi. Mais si l'*endoveinite* est plus facilement obtenue ainsi, la ponction veineuse, par contre, présente plus de difficultés, parce que le vaisseau étant vide, flasque et aplati, on risque de traverser ses parois de part en part.

Voici la technique que nous employons à cette occasion et qui donne le minimum de dangers. On fait asseoir le malade, on pique l'ampoule repérée, et on l'avertit de s'aider dans le mouvement qu'on va lui imprimer. L'aiguille étant tenue immobile en place dans la veine, la jambe est étendue doucement en hori-

zontale, puis amenée sur la table. On pousse alors lentement l'injection « *à bout portant* », sur les parois aplaties de l'ampoule veineuse. On attend un peu, puis on retire l'aiguille après application d'une compresse au point de pénétration.

Il est encore un détail de technique qu'il faut connaître. Parfois, la saphène variqueuse ou une de ses branches est masquée par l'œdème qu'elle provoque, en particulier autour de certains ulcères. Il est nécessaire de mettre en évidence ces dilatations, car c'est par leur recherche et par leur traitement que nous avons guéri certains ulcères rebelles qui avaient résisté à la sclérose des varices apparentes situées plus haut.

Le doigt explore le pourtour de l'ulcère. Par la pression, il produit des godets, fait fuir l'œdème et met en apparence, au fond de la dépression, la varice qui se remplit plus vite que l'œdème se reproduit. On fait alors l'injection sclérosante.

CLOTTENS, à la *Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, le 6 février 1923, avance une modification de technique à la méthode de SICARD. Il injecte au moyen d'une canule intraveineuse, une solution carbonatée sodique à 10 %, dans le segment centripète d'une varice sectionnée, c'est-à-dire par le bout proximal. Il trouve qu'ainsi le risque théorique d'embolie est diminué et que l'escarre est impossible. Ce procédé, comme on le voit, est le contraire de celui de SCHIASSI (de Bologne), qui, en 1908, injectait sa solution contre le courant veineux.

## CINQUIÈME PARTIE

---

# Résultats de la Phlébosclérose

---

## CHAPITRE PREMIER

### Résultats cliniques

Les résultats cliniques sont très satisfaisants : disparition des phénomènes subjectifs plus ou moins pénibles qu'entraînent les varices, cicatrisation d'ulcères si souvent interminables, guérison des dermites variqueuses. Vu son innocuité, la méthode de SICARD mérite de se vulgariser car les services qu'elle rend sont considérables.

A. — PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

Les phénomènes généraux sont, pour ainsi dire, nuls. Jamais aucun malade ne nous a dit avoir ressenti le jour même ou les jours suivant l'injection, des malaises généraux, des frissons, de la céphalée, des troubles digestifs, de la température. Il est vrai que nous ne sommes plus au temps des phlébites plus ou moins aseptiques qu'on provoquait par les injections de liqueur iodotannique (1854) !

Mais nous avons eu l'occasion de constater des phénomènes que nous n'avons vu publiés nulle part. Certains malades, après un nombre respectable d'environ 20 injections de carbonate de soude à 10 %, présentèrent les manifestations suivantes : aussitôt l'aiguille retirée de la veine, crampes habituelles, puis, *congestion de la face, congestion des conjonctives, larmoiement, vertiges, céphalée, striction du pharynx, hyper-sécrétion salivaire, barre épigastrique, œdème des paupières, pouls à 120.*

Sont-cé là des phénomènes dus à l'action hémolytique du carbonate, ou des phénomènes d'anaphylaxie pour le médicament souventes fois répété ?

Ces symptômes se montrèrent trois fois chez un même individu et furent observés par nous chez trois personnes différentes. Ils ne durent, en général, qu'une minute, puis tout rentre dans l'ordre. Nous conseillons de ne pas réitérer les injections avec la même substance chez ces sujets qui laissent une mauvaise impression.

L'émotivité, l'appréhension, la pusillanimité ne peuvent être invoquées pour expliquer chez eux ces réactions.

OBSERVATION XIV

*Ulcère variqueux de la jambe droite, presque circulaire, rebelle, avec varices volumineuses le long de la jambe et de la face interne des cuisses. (V. Fig. VII et VIII).*

*Impotence fonctionnelle. Hyperchlorhydrie.*

M. P..., Jean, veilleur, 47 ans. Saint-Germain.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 19 ans. 1 mois malade.

A 20 ans, soldat 3 ans dans l'artillerie.

A 27 ans, réformé au moment de la période de 28 jours pour varices de la jambe droite.

Depuis ce temps, les varices ont augmenté de volume continuellement aux deux jambes.

A cet âge déjà, il avait des fourmillements dans les jambes, surtout le soir, des crampes, de la pesanteur. Ses chevilles étaient gonflées le soir.

Vers 1906, après avoir fatigué beaucoup en arrosant un jardin, s'aperçoit que sa jambe était tuméfiée au niveau du 1/3 inférieur. La peau était tendue et une fissure s'était produite à la face interne. Un pansement sommaire fut fait. Après quelques pansements à l'eau boriquée, l'ulcère se reforma plusieurs fois.

En 1910, le malade vint à l'hôpital pour soigner un ulcère qui s'était reformé et qui avait alors atteint l'étendue d'une paume.

Au bout de deux mois, il partit guéri. Il revint quatre fois en l'espace de 2 ans. Il restait environ trois mois chaque fois.

En 1914, quelque temps avant la guerre, il entra comme infirmier à l'hôpital. Son ulcère avait des alternatives de cicatrisation et d'extension. Jamais il ne se refermait complètement.

Le 15 mai, il se présente à nous.

*Examen.* — Faciès d'homme ayant souffert beaucoup ; résigné.



FIG. VII - M. P., Jean. — **AVANT TRAITEMENT**  
Le pansement en haut de la jambe cache l'incision circulaire pour sympathicectomie



Fig. VIII. — M. P... Jean. — **APRÈS TRAITEMENT**

Remarquer le trait d'incision pour la sympathectomie sous le genou

Ulcère variqueux de la jambe droite, très étendu, rebelle, d'odeur fétide.

Varices très volumineuses aux deux jambes, remontant jusqu'à la moitié de la face interne des cuisses.

Marche avec peine, vu l'œdème des jambes et la pesanteur.

Est hyperchlorhydrique. Nous demande des poudres anti-acides qui le soulagent.

Wasserman spécifique est faiblement positif. A ce moment, on ne connaissait pas le biiodure de mercure pour les injections intravariqueuses.

*Traitement.* — Pâte T. O. B. sur son ulcère.

1<sup>re</sup> piqûre, le 15 mai, de carbonate de soude intravariqueux, dans la jambe droite au-dessus de l'ulcère.

Il reste au repos trois semaines. L'ulcère progresse légèrement sur son pourtour vers la cicatrisation.

Les piqûres sclérosent les varices. Nous prenons naturellement les précautions nécessaires pour ne pas produire d'escarre : nous injectons d'abord 2 cc. de sérum physiologique.

Au bout de trois semaines, le malade reprend son service de veilleur de nuit dans les salles.

Les premiers jours de travail, l'ulcère continue sa marche vers la guérison. Mais 6 jours après, en faisant le pansement, nous remarquons que l'ulcère s'est agrandi. L'aspect est moins vivace que précédemment. L'odeur est plus fétide.

Entre temps, nous continuons toujours nos injections intravariqueuses de carbonate de soude de 10 %, et parfois à 15 %, qui ont une action sclérosante sur les varices, mais ne guérissent pas l'ulcère. Du 15 mai au 21 août, nous faisons 26 piqûres, tous les 3-4 jours à peu près.

Le 6 juillet l'ulcère étant toujours au même point, nous nous décidons à faire des pansements à la cire contenant du magnésium et du manganèse colloïdaux. L'effet curatif ne tarde pas à se montrer, mais ne dure pas.

Pour changer, nous employons l'ambrine qui ne donne

aucun résultat, puis la cire verte où se trouve du cuivre. Ce métal est moins bon que le magnésium ou le manganèse.

Le 21 août 1921, l'injection de carbonate de soude à 10 % donne les symptômes suivants. Aussitôt l'aiguille retirée avec précaution : crampe habituelle, puis *congestion de la face des conjonctives, yeux injectés, larmolement, vertiges, céphalée, striction du larynx, barre épigastrique, pouls à 120°*.

Ceci nous inquiète beaucoup, mais tout rentre dans l'ordre en 2 ou 3 minutes.

Le 28 août, après une injection, mêmes phénomènes.

Ces manifestations sont-elles dues à de l'anaphylaxie ou à une hémolyse trop rapide (car le carbonate de soude est hémolytique), ou à une leucopénie, ou une hypotension ? Nous ne savons. Ceci, bien que désagréable, ne paraît pas dangereux.

On cesse les injections pendant le mois de septembre.

Du 8 octobre au 22 novembre, nous faisons 6 injections.

Le 22 novembre, mêmes phénomènes que précédemment, congestion de la face des conjonctives, etc.

Nous recommençons cependant le 26 novembre : plus rien.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> février 1922, nous ferons encore 14 injections.

Les varices sont guéries, ainsi que les signes fonctionnels qui y sont attachés. L'eczéma croûteux qui accompagnait l'ulcère a disparu également. Mais l'ulcère reste tel qu'il était au début des injections de carbonate de soude, ayant eu des alternatives de cicatrisation et d'extension.

Le malade pendant le cours du traitement avait exprimé sa satisfaction au sujet de son hyperchlorhydrie gastrique. Le carbonate de soude à 10 % très alcalin, avait, en effet, guéri cette hypersécrétion d'acide chlorhydrique.

Le 17 avril 1922, nous nous décidons à faire une incision circulaire au-dessous du genou, en vue d'une sympathiectomie (filets sympathiques se trouvant le long de la veine saphène interne et du nerf saphène interne). Nous ligaturons les veines qui sont nombreuses, et nous incisons tout

le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose jambière, tout autour de la jambe.

Le 26 avril, cicatrisation de l'incision par première intention.

Le 6 mai, ablation des derniers crins.

Le 9 mai, cicatrisation complète de l'ulcère.

Le 15 mai, le malade marche sans pansements, ni à l'ulcère, ni à la circulaire.

Le 28 mai, la guérison se maintient.

Le 30 mai, toujours résultat excellent.

Nous le revoyons tout dernièrement, le 28 novembre 1923. Quelques ulcérations au niveau de la malléole interne droite l'ennuyaient. A ce niveau, la cheville est très oedématisée, peau tendre. Nous pansons les ulcérations au moyen d'eau salée hypertonique (50 0/00). En quelques jours, tout est cicatrisé.

Le malade continue son travail sans fatigue et beaucoup plus alertement qu'il y a trois ans.

RÉSUMÉ. — *Le carbonate de soude, en solution à 10 %, a guéri les varices par sclérose. L'état fonctionnel fut très amélioré de ce fait.*

*L'ulcère variqueux n'a pas été influencé dans sa marche par le carbonate de soude.*

*Celui-ci a été guéri définitivement et en 22 jours, après sympathectomie, par l'incision circulaire au-dessous du genou.*

Avec le biiodure de mercure, certaines personnes nous ont dit percevoir, peu de temps après la piqûre, un goût métallique dans la bouche. Ce sont là des incidents généraux sans importance.

#### B. — PHÉNOMÈNES LOCAUX

Aussitôt l'injection, une vaso constriction du segment sus-jacent se produit très nette avec l'emploi du carbo-

nate de soude, moins apparente avec l'utilisation du salicylate de soude ou du biiodure de mercure. Cette vaso constriction s'accompagne parfois d'horripilation du tégument de voisinage.

Quelques secondes après le retrait de l'aiguille, apparaît une crampe légère, parfois vive, mais toujours supportable.

Elle disparaît en quelques minutes. Il ne faut pas la confondre avec la brûlure ou le pincement du liquide caustique dans le tissu périveineux. Cette crampe ne reste pas localisée au lieu de la ponction veineuse. Elle peut se faire sentir jusque dans la cuisse ou dans le mollet et même descendre vers la cheville.

Ces phénomènes immédiats sont plus en rapport avec les réactions propres de chaque sujet qu'avec le titre et l'abondance de la solution. Les effets secondaires sont locaux, et caractérisés par l'*endoveinite* à tendance oblitérante, et la *périveinite* produite surtout par le salicylate de soude et le biiodure de mercure.

L'*endoveinite* par toxique irritatif local diffère totalement de l'endophlébite infectieuse des classiques. Les mélanges *in vitro* de sang et d'une solution carbonatée sodique ou salicylée, bien loin de provoquer la coagulation, entravent au contraire la formation du caillot. Le processus primitif, chimique, réside dans la réaction de l'endothélium veineux, avec thrombus secondaire. Le thrombus contracte secondairement des adhérences intimes avec la paroi.

La *périveinite* est marquée par une zone empâtée, légèrement rosée et peu douloureuse au doigt, qui

entoure le cordon variqueux oblitéré. Cette zone de réaction inflammatoire périveineuse s'étend souvent sur une longueur de plusieurs centimètres. Elle est le témoin le plus sûr de la guérison définitive du segment veineux qui en est le siège. Si elle était trop intense et si le malade se plaignait de sensation de cuisson sur le trajet de la varice injectée, on lui conseillerait de se coucher chaque soir avec un cataplasme de farine de lin appliqué au niveau de la douleur.

Parfois, une tache ecchymotique du segment périvariqueux et une pigmentation qui peut persister quelques semaines, sont directement superposées au segment veineux oblitéré.

L'oblitération veineuse apparaît dès le lendemain, sans douleur, sans gêne fonctionnelle, par épaississement progressif et tuméfaction des parois. Cette sténose vasculaire est purement mécanique ; elle est le fait du pouvoir irritatif de la substance injectée qui, en provoquant une fibroconstriction des tuniques vasculaires, aboutit à un rapprochement, à un accolement des parois.

A la fin du premier septénaire, la veine est noyée dans un cordon d'empâtement, plein, dur, roulant sous le doigt, à peine sensible et étendu sur 10 cm. environ dans les cas favorables.

En un mois, le processus oblitérant évolue ; le cordon plein s'atrophie vite, disparaît peu à peu, et il ne reste bientôt plus, comme trace de varice, qu'une légère induration ayant perdu tout relief. Dans les observations moins convaincantes, l'effet n'est obtenu qu'après réitération des injections au même point.

En effet, il faut un nombre d'injections plus ou moins grand, suivant l'âge et l'étendue des varices. Certains de nos malades n'ont eu besoin que de deux injections pour un seul trajet variqueux. D'autres ont dû en recevoir de 25 à 30. Mais, d'une façon générale, les varices, d'intensité moyenne, sont guéries par un traitement d'un mois environ. L'injection fait merveille et réalise des guérisons surprenantes dans les cas de varices ou paquets variqueux isolés, varices inesthétiques ou en imminence de complications. La gêne douloureuse variqueuse cède aussitôt, la grosse varice disparaît complètement sans laisser aucun reliquat, aucune cicatrice et le tégument reprend sa souplesse, son aspect normal, sans laisser deviner quoi que ce soit de l'énorme lac veineux antérieur et sans qu'il y ait motif d'appréhension migratrice dans ces cas de dilatation veineuse isolée.

Les *résultats éloignés* sont des plus favorables. Nous avons revu des malades traités par nous il y a presque trois ans. Leurs varices n'ont pas reparu ; un large ulcère variqueux guéri alors présente de temps à autre quelques excoriations au niveau de sa cicatrice, mais elles disparaissent rapidement par l'application de sérum salé hypertonique à 50 0/00.

---

## CHAPITRE II

### Résultats anatamo-histologiques

#### A. — MÉCANISME DE LA STÉNOSE

Les examens attentifs anatomiques et histologiques des vaisseaux sclérosés vont nous indiquer le mécanisme de l'action phlébosclérosante. Nous insisterons sur ce fait que les substances employées par nous sont, *in vitro*, des anticoagulants du sang. Leur action irritative sur l'endoveine produit une fibroconstriction des tuniques vasculaires qui, par leur rapprochement, leur accotement rétrécit la lumière variqueuse au point que parfois elles l'oblitérent complètement. Il ne se forme donc pas sous l'influence de nos injections de caillot, immédiat, et long de 4 à 5 cm., comme il s'en formait avec le perchlorure de fer, la liqueur iodotannique, etc.

Ce que nous obtenons, c'est une *réaction endoveineuse exsudative par action irritative, chimique*, avec formation secondaire d'un thrombus, et, par organisation rapide de ce thrombus intimement adhérent à la paroi, une oblitération définitive de la veine.

Pour DARIER et COTTENOT, de MASSARY, MILIAN, l'injection d'une solution alcaline donne le moyen facile et sûr d'obtenir des thromboses expérimentales, pouvant servir à des recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sur la phlébite aseptique.

#### B. — EXAMEN MACROSCOPIQUE

L'examen macroscopique, après incision de la peau, montre que la veine injectée est rétractée et de calibre nettement inférieur à celui constaté en aval et en amont. La couleur bleu violacé est remplacée par une teinte blanchâtre. C'est un petit cordon épais, plein, consistant. Ouvert aux ciseaux dans sa longueur, ce cordon est, en effet, dépourvu de lumière par rapprochement et épaississement des parois. Il n'y a pas de caillot.

#### C. — EXAMEN HISTOLOGIQUE

L'examen histologique nous fait mieux pénétrer les détails de cette sténose. MONTPELLIER, LACROIX et BOUTY ont pratiqué un certain nombre de biopsies chez des sujets. Voici succinctement leurs résultats :

##### a) Veine prélevée 24 h. après l'injection :

Endothélium tuméfié ;

Cellules endothéliales, décollées en partie de la paroi, pendant dans la lumière ;

Pas d'infiltration leucocytaire ;

Pas de caillot cruorique ;

Pas de trace de thrombus blanc ;

Donc : Endoveinite exsudative au début.

b) *Veine prélevée 48 h. après l'injection :*

La veine est fortement contractée ;

Les cellules fixes de l'endoveine sont gonflées et multipliées ;

L'endothélium est méconnaissable ;

L'endothélium est couvert de simples dépôts fibrineux.

Ces dépôts fibrineux sont pénétrés par des pointes d'accroissement.

c) *Veine prélevée après 3 jours (78<sup>e</sup> heure) :*

La veine est contractée ;

L'endoveine sur 1/3 de sa circonférence a fortement proliféré ;

Cette prolifération pénètre notablement un caillot cruorique ;

Ce caillot cruorique oblitère entièrement la lumière du vaisseau ;

Dans les autres 2/3, l'endoveine est épaissie ;

Elle est intimement unie au caillot cruorique par l'intermédiaire de dépôts fibrineux ;

Donc : Endoveinite exsudative et oblitérante, avec début d'organisation du caillot.

d) *Veine prélevée 8 jours après l'injection :*

Le caillot cruorique est pénétré de part en part par la néoformation conjonctive riche en capillaires ;

Les faisceaux musculaires de la tunique externe sont disloqués, étouffés par la sclérose envahissante ;

Les fibres élastiques sont raréfiées et morcelées ;

La limitante interne méconnaissable ;

Dilatation et congestion de vasa vasorum de l'adventice ;

Donc : Organisation du caillot et sclérose de la paroi veineuse.

e) *Veine prélevée 15 jours après l'injection :*

L'organisation du caillot se poursuit, mais n'est pas encore complète ;

Dans sa masse sont apparues des lacunes sanguines relativement larges, bordées par un endothélium ;

L'adventice est toujours fort congestionnée ;

La couche musculaire est presque entièrement sclérosée.

f) *Veine prélevée 3 mois après l'injection :*

La veine est très diminuée de grosseur ;

Elle est transformée en un cordon fibreux ;

On y reconnaît encore quelques fibres musculaires excentriques.

Ces résultats ont été obtenus par une seule injection dans une veine de calibre relativement étroite (avant-bras) d'un cc. de la solution courante de biiodure de

mercure au centième. Le ponce placé à quelque 10 cm. en aval prolongeait une minute environ le contact de la solution irritante.

Il convient de bien noter que ces biopsies furent pratiquées exactement au niveau du point injecté, c'est-à-dire au point le plus traumatisé. Il est évident que les phénomènes d'endoveinite proliférante et oblitérante sont d'autant moins rapides et poussés, que l'on s'éloigne davantage de ce foyer.

Une biopsie prélevée à 15 cm. environ du point de piqure, sur la brachiale céphalique, un mois après une injection poussée au carrefour de la médiane, nous a montré une veine contractée, notablement sclérosée, avec endoveinite légère et un caillot cruorique présentant une organisation à peine ébauchée.

Il est logique d'admettre que le même processus d'oblitération et de sclérose se passe au niveau des varices injectées. Notons cependant qu'ici, la réaction post-traumatique de la veine est souvent plus violente, entraînant l'apparition d'une sorte de gâteau de péri-veinite, rouge, chaud, sensible au toucher et dont la résolution demande quelques jours, sans que le malade en soit autrement incommodé. Cela vient vraisemblablement de ce qu'il s'agit de veines à parois déjà lésées, en une région où la circulation est ralentie.

Une saphène prélevée trois mois après une injection au niveau du tiers moyen de la cuisse a été trouvée complètement sclérosée.

Nous retiendrons de cette étude anatomo-pathologique deux faits intéressants :

1° C'est que l'organisation des caillots fibrineux et cruorique est rapide. Quelques heures après leur formation on les trouve déjà pénétrés par des digitations néoformatives venant de l'endoveine.

2° C'est, d'autre part, que l'ensemble des caillots primaire et secondaire paraît rester compact, sans ramollissement, ni fonte, ni dégénérescence granulo-graisseuse.

*On conçoit, dès lors, que cette énorme masse, pénétrée au niveau de la piqûre par l'endoveine proliférée, « enclouée », d'autre part, par les valvules, nombreuses sur les veines des membres, pratiquement ne soit pas mobilisable.*

---

# TABLEAU DES ÉTATS VARIQUEUX

Nous avons établi, *grosso-modo*, un tableau synoptique dont nous essayons de nous approcher le plus possible, pour le traitement local et général des nombreux variqueux que nous soignons. Nous faisons, en effet, en sorte que chacun d'eux reçoive, par les injections intravariqueuses, la substance qui agit le plus favorablement sur son état général. Par exemple on emploiera le mercure chez les syphilitiques, la quinine chez les paludéens, etc. On conçoit l'intérêt d'une telle médication.

| Maladies<br>dont relèvent les varices                                                                                                                                            | Traitement local                                                                               | Traitement<br>général et adjuvant                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Arthritiques.<br>(lithiasiques, oléïses, mi-<br>graineux).                                                                                                                       | Carbonate de soude                                                                             | Régime végétarien.<br>" hypoazoté.<br>Citrate de soude 4 gr.<br>(1 jour ou 2 par semaine)<br>Régime Guelpa.<br>(1 jour ou 2 par semaine) |
| Rhumatisants.<br>Goutteux.<br>Sciatiqnes.                                                                                                                                        | Salicylate de soude.                                                                           | Régime des goutteux<br>ou peu d'acide urique.<br>Eviter le froid, car<br>albuminurie facile.                                             |
| Syphilitiques.                                                                                                                                                                   | Biodure de mercure.                                                                            | Arsénicaux et iodure<br>de potassium.                                                                                                    |
| Paludéens.                                                                                                                                                                       | Chlorhydrate de qui-<br>nine.                                                                  | Adrénaline.                                                                                                                              |
| Endocriniens.<br>(hypophyxié).                                                                                                                                                   | Une des 4 substances<br>précédentes selon la ma-<br>ladie, cause des troubles<br>endocriniens. | Phlébosine Carrion.                                                                                                                      |
| Insuffisants valvulai-<br>res par valvulite due à<br>une infection générale,<br>ou par compressions<br>anciennes et répétées du<br>petit bassin (fibromes,<br>grossesses, etc.). | Salicylate de soude ?<br>etc.<br>Selon les antécédents                                         | Bandes Velpeau<br>Bas à varices<br>Saphénectomie<br>Anastomose saphéno-<br>fémorale.                                                     |
| Hypertendus.<br>(asthénie vaso-motrice)<br>Alcooliques.                                                                                                                          | Biodure de mercure ?<br>etc.                                                                   | Restriction indispen-<br>sable des ingesta et<br>surtout des liquides.<br>Citrate de soude, 4 gr.                                        |

Nous avons réussi à caser dans toutes ces catégories nos nombreux malades, et quand nous nous trompions nous ne tardions pas à nous en apercevoir par les réactions de ces derniers, réactions propres à chaque solution.

Le diagnostic de ces différents états se fait par l'interrogatoire des antécédents pathologiques de tous les malades, et par leur examen méthodique et minutieux.

---

## Conclusions

---

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de citer intégralement, pour conclure, ces lignes profondément vraies écrites par nos Maîtres :

M. le Professeur SICARD : « Les injections sclérogènes intravariqueuses, judicieusement appliquées, sont susceptibles de donner des résultats remarquables ».

MM. MONTPELLIER et LAGROIX : « Les résultats directs sur la veine ectasiée de l'injection intraveineuse sont indiscutables. Les résultats indirects escomptés sur tout ce qui est la conséquence de l'état variqueux, en particulier, sur la dermite à répétition, et les ulcères interminables, ne semblent pas l'être moins. C'est donc là une méthode à laquelle les chirurgiens reprocheront sans doute d'être fort peu chirurgicale, mais qui n'en conservera pas moins un intérêt pratique considérable. »

M. GENEVRIER : « Le procédé d'oblitération des veines variqueuses, de par sa simplicité, son innocuité, et son efficacité, s'adapte parfaitement à tous les cas graves, moyens et bénins du syndrome variqueux, et permet



## Bibliographie

---

1824

BRIQUET. — Dissertation sur la Phlébectasie ou dilatation variqueuse des veines, notamment sur celles des membres abdominaux.

1833

DAVA. — De l'oblitération des veines comme moyen curatif des varices (*Thèse*).

1842

BÉRAUD. — Mémoire sur le traitement des varices par le caustique de Vienne (*Gazette Médicale*, 1842, p. 52).

1848

HERAPATH. — Débridement des annexes aponévrotiques dans le traitement des varices (*Revue Médico-Chirurgicale*, 1848, t. IV).

1851

CARON. — *Thèse de Paris*, 1851.

PEYVAZ. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1851, t. III.

1853

CHAISSAGNAC. — Résultats obtenus à l'Hôpital Saint-Antoine par les injections de perchlorure de fer dans les varices (*Gaz. Hebd. de Médecine*, 1853-1854, p. 401-403).

PETREQUIN. — *Gazette Médicale de Paris*, p. 625.

VALETTE. — Lettre à la Société de Chirurgie, 27 juillet 1853.

1855

DESGRANGES. — Injections iodotanniques dans les varices. (*Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1855, t. IV).

VERNEUIL. — Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs. (*Gazette Médicale*, 1855, p. 524).

1856

CARON. — *Thèse de Paris*, 1856.

1860

GAUTHIER. — Considérations critiques sur le traitement des varices. De leur traitement par les injections de liqueur iodotannique. (*Thèse de Montpellier*, 1860).

1866

MAISONNEUVE. — Sur l'application des injections coagulantes à la cure du varicocèle. (*Bulletin Thérapeutique*, 1866, t. LXX).

1867

ROUBY. — Du traitement des varices et spécialement du procédé par les injections de liqueur iodo-tannique. (*Thèse de Paris*, 1867).

1862

NIVERT. — De l'inflammation spontanée des veines variqueuses des membres inférieurs chez les femmes nouvellement accouchées. (*Archives Générales de Médecine*, 1862, t. XX, 5<sup>e</sup> série).

1875

RIGAULT (de Nancy). — Traitement curatif des dilatations variqueuses et in *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1875.

VALETTE. — Cliniques chirurgicales. (Lyon, 1875).

1876

MICHAUD. — Etude sur le traitement curatif des varices. (*Thèse de Paris*, 1876).

1878

BROCA. — Traité des anévrismes. (*Wiener Med. Wochenschrift*, N° 2, 1878).

1879

BLANCHIER. — Action physiologique du salicylate de soude (*Thèse de Paris*, 1879).

CHABERT. — Des varices des membres inférieurs, de leur traitement et particulièrement des injections périveineuses (*Thèse de Paris*, 1879).

1880

DETOMBE. — Du traitement du prolapsus rectal et de la procidence hémorroïdale par les injections hypodermiques d'ergotine. (*Thèse de Paris*, 1880).

FATIN. — Considérations sur le traitement des varices. (*Thèse de Paris*, 1880).

LAGUARRIGUE. — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs variqueuses par les injections coagulantes. (*Thèse de Paris*, 1880).

1881

LEGENDRE. — Considérations sur le traitement des varices. (*Thèse de Paris*, 1881).

1883

BOCHEFONTAINE. — Note sur quelques expériences relatives aux effets physiologiques de la soude, de la potasse et de leurs sels. (*Soc. de Biologie*, 27 janvier 1883. p. 80-83).

1886

BAILLÉ. — Contribution à l'étude des varices des membres inférieurs chez la femme enceinte (*Thèse de Bordeaux*, 1886).

1887

SEE (G.). — De l'action salicylique et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. (*Bulletin Médical de Paris*, 1887).

1891

SABATTINI (P.). — Recherches Pharmacologiques sur le sous-carbonate de soude. (*Bulletin de la Soc. Méd. de Bologne*, 1891, p. 423-428, et *Archives ital. de Biologie*, 1891-1892, p. 144-148).

1892

GROS. — L'hémolyse par le carbonate de soude. (*Archives f. exp. Pathol. und Pharmac.*, 1892, p. 241-274).

GEORGEVITCH. — Essai sur l'étiologie des varices. (*Thèse de Paris*, 1894).

1895

ROBIN (S.). — Contribution au traitement chirurgical des varices. (*Thèse de Paris*, 1895).

1896

GARY (F.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des varices (*Thèse de Montpellier*, 1896).

THUBERT. — Essai sur le sous-carbonate de soude. (*Thèse de Paris*, 1896).

1897

COUDERC. — Opération de Trendelenburg (Traitement des ulcères variqueux par résection de la saphène). (*Thèse de Paris*, 1897).

1898

CAILLONÉ. — Contribution à l'étude de la cure des varices. (*Thèse de Paris*, 1898).

GROSMIRE. — Considérations sur les varices des membres inférieurs et leur traitement chirurgical (*Thèse de Nancy*, 1898).

GULDENSCHUH. — Phlébite variqueuse et en particulier de son influence curative sur les varices (*Thèse de Montpellier*, 1898).

1902

CAVAZANI. — Variations de l'alcalinité du sang après injections intra-veineuse de carbonate de soude. (*Atti. Acad. di. So. Med. in Ferrara*, 1902-1903).

1904

TAVEL. — Traitement opératoire des varices. (*LXXII<sup>e</sup> Congrès de l'Association centrale de Médecins suisses*, octobre 1904).

1905

ROUQUETTE. — Valeur thérapeutique de la résection de la saphène dans le traitement des varices. (*Thèse de Montpellier*, 1905).

TESSÈNE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ulcères variqueux par le procédé de l'incision circulaire de la cuisse. (*Thèse de Paris*, 1905).

1906

DELBET (P.). — Pathologie des varices des membres inférieurs. (*Congrès International de Médecine de Paris*, 1906).

1907

CASTAN. — De la résection totale de la saphène interne dans les varices superficielles des membres inférieurs. (*Thèse de Lyon*, 1907).

1908

CANAGUIER. — Chirurgie des varices des membres inférieurs. (*Thèse de Bordeaux*, 1908).

SCHIASSI. — La cure des varices du membre inférieur par les injections intra-veineuses d'une solution d'iode. (*Semaine Médicale*, 1908, p. 601).

TACHET. — Résection totale des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs. (*Thèse de Lyon*, 1908).

1910

RIOT. — Considérations sur le traitement chirurgical des varices. (*Thèse de Paris*, 1910).

ROBIN. — *Journal des Praticiens*, N° 13, 1910.

VARTANIAN. — Contribution à l'étude de traitement ambulatoire des ulcères variqueux par la méthode de Unna. (*Thèse de Paris*, 1910).

1911

ALCLAVE. — Indications de la résection totale des varices essentiellement superficielles des membres inférieurs. (*Presse Médicale*, 18 mars 1911).

BLUM (L.). — Les dangers des injections intra-veineuses alcalines. Effets toxiques du sodium. (*Semaine Médicale*, 12 sept. 1911, p. 433-436).

BLUM (L.). — Traitement du coma diabétique. (*Rapport au Congrès Français de Médecine*, 1911).

FRESNEL. — De la compression élastique par le procédé du D. Brouardel dans le traitement ambulatoire des ulcères variqueux. (*Thèse de Paris*, 1911).

GUÉBERT. — Résultats immédiats et éloignés de la saphénectomie par les varices et ulcères variqueux. (*Thèse de Montpellier*, 1911).

MOULLET. — Operation de Robinson dans la cure radicale des varices. (*Thèse de Paris*, 1911).

DARRIER et COTTENOT. — Action nocive sur les veines et sur le sang des injections intra-veineuses hyperalcalines d'arsénobenzol. (*Bull. Société des Hôp.*, 1911, p. 415).

1913

DILLAT et MOUQUOT. — Varices des membres inférieurs et traitement (*Revue de Paris Chir.*, 1913).

1917

CHIC. — Ambrine. Contribution à l'étude de la valeur keratoplastique de l'ambrine. Traitement des brûlures et ulcères variqueux par l'ambrine (*Thèse de Toulouse*, 1917).

1918

GENEVRIER et CIBRIE. — Paludisme marocain. (*Journal des Praticiens*, mars 1918).

GUILBERT. — Traitement chirurgical des ulcères variqueux (Procédé de la jarretière). (*Thèse de Paris*, 1918).

1919

BESSON. — Contribution à l'étude des varices des membres supérieurs. (*Thèse de Paris*, 1919).

MABILLE (L.). — Méthode biométrique pour le diagnostic des états variqueux et le choix de leur thérapeutique. (*Presse Méd.*, 11 sept. 1919, p. 512-515).

MABILLE (L.). — Varices occultes. (*Commun. Acad. Méd.*, 8 juin 1919).

1920

GALANDÈS (Th.). — Les varices occultes. Diagnostic par la méthode Mabile. Traitement par l'anastomose saphéno-fémorale de P. Delbet. (*Thèse de Paris*, 1920, Arnette, édit.).

BONNET. — Les injections intra-variqueuses de carbonate de soude. (*Thèse de Paris*, 1920).

ROGER (H.). — Quelques mots d'histoire à propos des injections intra-variqueuses. (*Commun. du 23 janvier 1920, à la Commission scientif. du Comité Médical des Bouches-du-Rhône*).

SICARD. — Traitement des varices par injections intra-veineuses locales de carbonate de soude. (*Marseille Méd.*, 23 janv. et 14 fév. 1920).

SICARD et PARAF. — *Bulletin de la Société de Médecine des Hôpitaux*. N° 34. 12 nov. 1920.

1921

AIGLAVE (P.). — La résection totale des varices superficielles des membres inférieurs (*Journal Méd. Français*, sept. 1921).

CHOUPEY. — Sur le salicylate de soude (*Société de Thérapeutique*, 12 janv. 1921).

EHRENPREIS. — Traitement des varices par la méthode de Sicard. (*Soc. Méd. du 9<sup>e</sup> Arrond.*, 13 oct. 1921).

GENEVRIER et CIBRIE. — *Bulletin de la Société Médicale Militaire*, (mai 1921).

GILBERT, COURY, BÉNARD. — Salicylate de soude et rhumatisme articulaire. (*Société de Biologie*, 23 juillet 1921).

GUILLEMERT. — Ulcères variqueux traités par la méthode ambulatoire. (*Thèse de Paris*, 1921).

- LECONTE (M.). — Notions récentes sur les phlébités. (*Journal Médical Français*, sept. 1921).
- LECONTE (M.). — Maladies des veines. Appareil circulatoire. (*Collection Sergent*, p. 995).
- LESNE. — Sur le salicylate de soude. (*Société de Thérapeutique*, 9 fév. 1921).
- LUTEMBACHER. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude. (*Presse Médicale*, 22 novembre 1921).
- MABILLE. — Les varices internes des membres inférieurs existent-elles ? (*Société de Pathol. Comp.*, 14 juin 1921).
- MABILLE. — La méthode biométrique Mabile ; son utilisation pour le diagnostic des états variqueux des membres inférieurs (*Société de Pathol. Comp.*, 12 juillet 1921).
- MINET, AUSSET, DUTHOIT. — Traitement des varices par les injections intra-veineuses locales. (*Nord Médical*, 1<sup>er</sup> juillet 1921).
- MONTPELLIER et LACROIX. — Fibrose curative. (*Société Franç. de Dermatol. et de Syphilig.*, 10 novembre 1921).
- PASCHOUD (de Lausanne). — Traitement des ulcères variqueux. (XXX<sup>e</sup> Congrès Franç. de Chirurgie, Strasbourg, 3-5 oct. 1921).
- PROUST, LHERMITTE et DE NABIAS. — Pathogénie des ulcères variqueux. (*Société de Chirurgie*, 8 juin 1921).
- QUISERNE (P.). — Maladies des veines et cures thermales. (*Jour. Méd. Franç.*, sept. 1921).
- SICARD et PARAF. — Anticollœidoclasie novarsénicale par le carbonate de soude. (*Société Méd. des Hôp.*, 14 janv. 1921).
- SICARD et PARAF. — Anticollœidoclasie sérique par le carbonate de soude (*Société Méd. des Hôp.*, 28 janvier 1921).
- SICARD et PARAF. — Médication antisérique par le carbonate de soude intra-veineux. (*Société Méd. des Hôp.*, 18 février 1921).
- SICARD, PARAF et FORESTIER. — Le traitement des varices par les injections intra-variqueuses de carbonate de soude. (*Jour. Méd. Franç.*, sept. 1921).
- SICARD, PARAF et FORESTIER. — Pathologie des veines. Des injections intra-veineuses. (*Journal Méd. Franç.*, sept. 1921).
- SICARD, PARAF et FORESTIER. — Traitement de la migraine par les injections intra-variqueuses de carbonate de soude. (*Société Méd. des Hôp.*, 22 juillet 1921).
- VILLARET (M.), SAINT-GIRONS (F.), GRELLETY-BOSVEIL. — Contribution à l'étude de la tension veineuse périphérique à l'état normal et pathologique. (*Journal Méd. Franç.*, sept. 1921).

1922

FISSINGER (N.) et DEBRAY (J.). — Evolution de la salicylémie après injections de salicylate de soude chez le sujet normal. (*Société de Biologie*, 1<sup>er</sup> juillet 1922).

GENEVRIER. — Les injections intravariqueuses coagulantes de quinine. (*Moniteur. Méd.*, oct. 1922).

LESNÉ, WEIL-HALLÉ, GUINON, etc. — *Société de Pédiatrie*, 1922 ; *Presse Méd.*, 20 juin 1922).

LUTEMBACHER. — Injections intra-veineuses de salicylate de soude. (*Société de Biologie*, mai 1921 ; *Bull. Méd.*, oct. 1922).

MONTPELLIER et LACROIX (d'Alger). — Les injections intra-variqueuses de biiodure de mercure. (*Presse Méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1922, p. 342).

SICARD. — Traitement de la migraine par les injections intra-variqueuses de carbonate de soude. (*Gaz. Méd. du Centre*, 15 juil. 1922).

SICARD, PARAF, LERMOYEZ. — Les injections intra-variqueuses de salicylate de soude. (*XVI<sup>e</sup> Congrès de Médecine*, nov. 1922 ; *Objection Coury* (de Paris), (*Presse Médicale*, 1922).

SCHLESSER. — Injections intra-veineuses de salicylate de soude. (*Thèse de Paris*, 1922).

WEIL-HALLÉ et CHABANIER. — Rhumastime sciatique rebelle guéri par injections intra-variqueuses de salicylate de soude à 1/50. (*Société Méd. des Hôp.*, 7 juil. 1922 ; *Presse Médicale*, 1922).

1923

ALGLAVE. — Traitement des varices par la saphénectomie totale. (*Société de Chirurgie*, 13 juin 1923).

CLOTTENS. — Modification technique à la méthode de Sicard par le traitement des varices. (*Société des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 16 fév. 1923).

MATHIEU (M.-L.). — Traitement des varices par les injections intravariqueuses de quinine. (*Comité Méd. des Bouches-du-Rhône*, 2 février 1923).

MONTPELLIER et LACROIX. — Fibrose curative. (*Société Franç. de Dermatol. et de Syphilig.*, 11 janvier 1923).

OKINCK. — A propos du traitement des ulcères variqueux. (*Société de Chirurgie*, 21 mars 1923).

STERNBERG (Max.). — Emploi des sels de mercure comme diurétiques. (*Medizinische Klinik*, 31 mars 1923).

---

LILLE, Imp. du *Progrès du Nord*, 87, rue Esquemoise.

---



